

ISSN 1415-2762

reme

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

V O L U M E 1 6 . N Ú M E R O 2 . A B R / J U N D E 2 0 1 2

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha

Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira

Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende

Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana

Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez

Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves

Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena

Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Cristina de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann

Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros

Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes

Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat

Université de Lausanne – Suíça

Anézia Moreira Faria Madeira

Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Scochi

Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna

Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclé Vilma Carvalho

Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta

Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima

Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho

Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Hussein Rassool

University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos

Universit of Califórnia, San Fransico – USA



Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes

Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva

Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi

Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga

Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer

Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago

Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler

University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón

Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez

Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri

Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale

Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti

Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski

Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima

Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco

Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima

Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares

Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli

Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Maria Imaculada de Fátima Freitas – Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

Girleene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Lucyla Junqueira Carneiro
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:

BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Español
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO/Bireme - OPAS/OMS
LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Formato eletrônico disponível em:

www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Secretaria Geral

Mariene Luiza Lopes Pereira – Secretária
Mateus Aparecido de Faria – Bolsista da Fundação
Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica

Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Escola de Enfermagem

Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 –
Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Editoração

Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

Impressão

Editora e Gráfica O Lutador

Assinatura

Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Normalização Bibliográfica

Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores
Científicos

Revisão de texto

Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 400 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997.
Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial
da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos.
I. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83



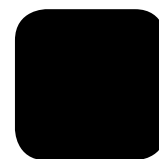


- 157** **Editorial**
- 159** **Pesquisas**
- 159** **ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS / NUTRITIONAL STATUS AND FOOD CONSUMPTION OF PATIENTS WITH OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME / ESTADO NUTRICIONAL Y CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE OVARIOS POLICÍSTICOS**
- Cláudia Fernanda dos Santos Calixto
Thaís de Mérci Domingues e Paula
Ana Lúcia Cândido
Ana Maria dos Santos Rodrigues
Luana Caroline dos Santos
Adaliene Versiani Matos Ferreira
- 166** **OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE / THE OCCURRENCE OF PRESSURE ULCER IN PATIENTS ADMITTED TO A PUBLIC HOSPITAL IN FORTALEZA-CE / INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE**
- Lídia Samara de Castro Sanders
Francisco José Maia Pinto
- 171** **PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE / PROFILE OF PREGNANT WOMEN ATTENDING THE PRENATAL SERVICE OF THE BASIC UNITS OF HEALTH OF FORTALEZA-CE / PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS PRENATALES DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE FORTALEZA-CE**
- Catharina Rocha Peixoto
Thais Marques Lima
Camila Chaves da Costa
Lydia Vieira Freitas
Amanda Souza de Oliveira
Ana Kelve de Castro Damasceno
- 178** **DESAFIOS DA POLÍTICA, DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS / MANAGEMENT, ASSISTANCE AND POLICY CHALLENGES FOR HEALTH PROMOTION IN THE DAILY PRACTICES / PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS COTIDIANOS: RETOS DE LA POLÍTICA, DE LA GESTIÓN Y DE LA ASISTENCIA**
- Kênia Lara Silva
Roseni Rosângela de Sena
Clarissa Terenzi Seixas
Maria Elizabeth Oliveira Silva
- 188** **ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO / ANALYSIS OF NURSING NOTES ON PATIENTS' MEDICAL RECORDS IN A TEACHING HOSPITAL / ANÁLISIS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN REGISTROS MÉDICOS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**
- Luana Nayara Maia Barral
Laís Helena Ramos
Maria Aparecida Vieira
Orlene Veloso Dias
Luís Paulo Souza e Souza

- 194** **SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES ABRIGADAS EM UMA MATERNIDADE SOCIAL / DEPRESSION SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN CARED FOR IN A MATERNITY SHELTER / SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS ALOJADAS EN UNA CASA DE MATERNIDAD SOCIAL**
- Marcella Murata
Marlise de Oliveira Pimentel Lima
Isabel Cristina Bonadio
Maria Alice Tsunechiro
- 201** **FATORES QUE PREDISPÕEM À DISTRAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PREPARO E A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS / FACTORS THAT PREDISPOSE TO THE DISTRACTION OF THE TEAM OF NURSING DURING THE PREPARATION AND THE ADMINISTRATION OF MEDICINES / FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DISTRACCIÓN DE LOS ENFERMEROS DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS**
- Natália Romana Ferreira Lemos
Vagnára Ribeiro da Silva
Maria Regina Martinez
- 208** **O CUIDADO PERIOPERATÓRIO AO PACIENTE ORTOPÉDICO SOB O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM / PERIOPERATORY CARE OF THE ORTHOPAEDIC PATIENT FROM THE NURSING TEAM PERSPECTIVE / CUIDADO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA**
- Jessica Mayumi Hayashi
Mara Lúcia Garanhani
- 217** **VIVÊNCIAS PERANTE A MORTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA / EXPERIENCES ON FACING DEATH: SOCIAL REPRESENTATIONS OF RELATIVES OF PATIENTS THAT HAVE NO POSSIBILITY OF A CURE / EXPERIENCIA ANTE LA MUERTE: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FAMILIARES DE PACIENTES SIN POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS**
- Moema da Silva Borges
Nayara Mendes
- 225** **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM / NURSES' PERCEPTION ON HOSPITAL WELCOMING CLASSIFIED AS PRIMARY HEALTH CARE RISK / ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS**
- Paloma Morais Silva
Kelly Pereira Barros
Heloísa de Carvalho Torres
- 232** **PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO / SOCIO-ECONOMIC AND HEALTH PROFILE OF THE NURSING STAFF OF THE PIQUET CARNEIRO POLYCLINIC / PERFIL SOCIOECÓMICO Y DE SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO**
- Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Luana dos Santos Cunha
Ariane da Silva Pires
Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves
Liana Viana Ribeiro
Suelen da Silva Lourenço Felipe Silva
- 241** **SENTIDOS DA DOR DO PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / MEANING OF PAIN IN A NORMAL DELIVERY IN THE PERSPECTIVE AND EXPERIENCE OF A GROUP OF WOMEN TREATED AT THE UNIFIED HEALTH SYSTEM / SENTIDO DEL DOLOR DEL PARTO NORMAL DESDE LA PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE MUJERES USUARIAS DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD**
- Nilza Alves Marques Almeida
Marcelo Medeiros
Marta Roverly de Souza

- 251 AUTONOMIA PROFISSIONAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS / PROFESSIONAL AUTONOMY AND NURSING CARE SYSTEMATIZATION: THE NURSES' PERCEPTION / AUTONOMÍA PROFESIONAL Y SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS**
- Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos
Juliana Helena Montezeli
Aida Maris Peres
- 258 PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / NURSING STAFF'S PERCEPTION ON THE IMPLEMENTATION OF A NURSING PROCESS AT A UNIVERSITY HOSPITAL UNIT / PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**
- Célia Maria de Oliveira
Daclé Vilma Carvalho
Eline Rezende de Moraes Peixoto
Lidyane do Valle Camelo
Márcia Eller Miranda Salviano
- 265 Revisão teórica**
- 265 POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE / POLITICS OF HEALTH'S REGIONALIZATION: FROM THE TRANSACTION RULES TO THE PACT FOR HEALTH / POLÍTICA DE REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD: DE LAS NORMAS OPERACIONALES AL PACTO POR LA SALUD**
- Angela Maria Weizenmann Sauter
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Águida Wichrowski Kopf
- 275 DISPOSITIVO INTRAVASCULAR PERIFÉRICO CURTO MAIS SEGURO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS VESICANTES: O QUE A LITERATURA DIZ / A SAFER SHORT PERIPHERAL INTRAVASCULAR DEVICE FOR INFUSION OF VESICANT ANTINEOPLASTIC CHEMOTHERAPY: WHAT THE LITERATURE SAYS / DISPOSITIVO INTRAVASCULAR PERIFÉRICO CORTO MÁS SEGURO PARA INFUSION DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS VESICANTES. QUÉ DICE LA LITERATURA**
- Cláudia Denísia de Brito
Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima
- 280 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL BRASILEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA / ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH SERVICES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW / EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**
- Nathália dos Santos Silva
Juliana Macedo Melo
Elizabeth Esperidião
- 289 Artigo reflexivo**
- 289 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E O EMPODERAMENTO DA ENFERMAGEM / INTEGRATIVE PRACTICES AND NURSING EMPOWERMENT / PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA**
- Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Consuelo Helena Aires de Freitas
Maria Salette Bessa Jorge
Maria Veraci Oliveira Queiroz
Clayre Anne de Araújo Aguiar
- 297 Normas de publicação**
- 299 Publication norms**
- 301 Normas de publicación**





TELENFERMAGEM RECURSO PARA ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eliane Marina Palhares Guimarães¹

Solange Cervinho Bicalho Godoy²

A área da tecnologia aplicada à saúde dispõe de ferramentas e instrumentos que servem de apoio à organização de informações, armazenando e processando os dados, contribuindo, assim, para a construção do diagnóstico, orientação terapêutica e o acesso a informações para os diversos profissionais. Essa ação, além de divulgar o conhecimento na área da saúde, torna disponível o acesso, onde e quando ele for necessário, contribuindo para a resolução dos problemas de saúde nas diferentes áreas de abrangência.

Esse recurso global que conecta diversos computadores, criando uma rede de informações, permite colaborar para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das profissões da saúde. A tecnologia da informação colabora para que o processo de atenção à saúde resulte em benefícios tanto para o usuário como para os profissionais que prestam assistência. O acesso à informação torna-se relevante para as áreas distantes dos centros urbanos que não possuem uma equipe de saúde especializada, limitando, dessa maneira, a resolutividade do serviço e aumentando, conseqüentemente, a demanda para os níveis de atenção secundária e terciária da saúde. Acresça-se a essa situação a escassez de oportunidades de capacitação dos profissionais nas regiões distantes dos grandes centros e, ainda, a adoção de metodologias de ensino que exigem a presença física do profissional.

Diante desse cenário, a promoção de educação em saúde via mediatizada pela internet está cada vez mais se consolidando como uma prática comum. A tecnologia de informação é uma oportunidade para diminuir as barreiras geográficas ou mesmo eliminá-las, promovendo uma extensão do processo de atendimento praticado nos grandes centros onde se localizam os serviços especializados. O emprego da telessaúde, entendida como o uso da tecnologia nos processos de atenção à saúde, torna-se significativo, pois abrange a prestação de serviço de saúde, além de prover informação, por meio da educação permanente, para os profissionais que dela necessitam no desempenho diário de suas atividades nas unidades básicas de atendimento.

O Projeto Telenfermagem é parte integrante do Programa Nacional de Telessaúde, promovido pelo Ministério da Saúde, e tem como finalidade visualizar novas formas de prestar a assistência, considerando as necessidades locais e, com isso, colaborar para a transformação das realidades práticas, uma vez que oferece a possibilidade de educação a distância (EAD) para a equipe de saúde. Nessa estratégia de ensino-aprendizagem são utilizados os recursos tecnológicos de informação, por meio da interligação via rede dos pontos de acesso, para melhorar a prestação da assistência nas unidades de saúde e contribuir para a formação permanente dos profissionais de enfermagem.

No cenário das unidades de saúde, o emprego da Telenfermagem vem contribuindo no processo de educação no trabalho, permitindo que os profissionais da saúde, especialmente os da enfermagem, realizem sua capacitação profissional no próprio local de trabalho. As ferramentas empregadas pelo Telenfermagem para a EAD envolvem a videoconferência, que consiste em um sistema de comunicação entre pontos geograficamente afastados, possibilitando a troca de imagens, vídeos e áudios entre as partes conectadas em tempo real, e a teleconsultoria *on-line* e *off-line*, que permite ao profissional obter uma segunda opinião para auxiliar na tomada de decisão de casos clínicos e de gestão em saúde.

O Telenfermagem prioriza a utilização de tecnologias de comunicação e informação de fácil acesso e manuseio, além de custo baixo, utilizando a rede de informação criada entre os municípios integrantes do Programa Nacional de Telessaúde em cada Estado e a interligação entre os Núcleos de Telessaúde dos demais Estados participantes no País. Para o desenvolvimento das atividades do Telenfermagem, os profissionais contam com recursos como equipamentos de *hardware* – um microcomputador com recursos de multimídia – e *webcam*, além da assistência técnica da equipe do Núcleo de Telessaúde da UFMG para manuseio do sistema.

Desde o início do seu desenvolvimento, o Telenfermagem obteve avanços significativos na consolidação de uma nova estratégia para a capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas unidades de serviço, constituindo-se um modelo para a educação permanente. A possibilidade de atingir simultaneamente um grande número de profissionais

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Projeto de Telenfermagem/Nutel/UFMG.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Subcoordenadora do Projeto de Telenfermagem/Nutel/UFMG.

e a participação deles na definição de temas para abordagem nas videoconferências são fatores relevantes para a manutenção da relação de proximidade com a realidade vivenciada na atenção à saúde. Quinzenalmente, são realizadas discussões temáticas que contam com a participação de profissionais da Universidade e dos serviços de saúde, com reconhecida competência na área, para uma preleção sobre o tema e posterior discussão.

Nas oportunidades de educação permanente, de forma individual, por meio da segunda opinião como recurso para esclarecimento de dúvidas e auxílio na tomada de decisão, os profissionais utilizam os recursos tecnológicos para descrever a situação-problema, com possibilidade de anexar imagens digitais para melhor detalhamento da situação. Os teleconsultores, também docentes da Escola de Enfermagem da UFMG, divididos de acordo com sua área de atuação, respondem às dúvidas, em tempo real ou *off-line*, diretamente ao profissional solicitante.

De 2009 até a presente data, o Projeto Telenfermagem tem sido incorporado como mais um recurso do internato rural, disciplina curricular do curso de graduação que permite a participação dos alunos nas discussões temáticas como atividade disciplinar. Além disso, a presença dos alunos nas unidades de saúde tem incentivado o uso do recurso de teleconsultoria pelos profissionais do serviço. Para tanto, são cadastrados no sistema e podem acessar as ferramentas por meio de *login* e senha.

O Projeto Telenfermagem representa um modelo de utilização da tecnologia. Constitui uma rede que promove educação, assistência, pesquisa e monitoramento a distância das principais doenças e problemas regionais, contribuindo para o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para intervir no processo saúde-doença nas comunidades, segundo os pressupostos do Sistema Único de Saúde.

ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS

NUTRITIONAL STATUS AND FOOD CONSUMPTION OF PATIENTS WITH OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

ESTADO NUTRICIONAL Y CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE OVARIOS POLICÍSTICOS

Cláudia Fernanda dos Santos Calixto¹
Thaís de Mérci Domingues e Paula¹
Ana Lúcia Cândido²
Ana Maria dos Santos Rodrigues³
Luana Caroline dos Santos⁴
Adaliene Versiani Matos Ferreira⁴

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi caracterizar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com síndrome de ovários policísticos (SOPC). Trata-se de estudo transversal, realizado com portadoras de SOPC atendidas pela Equipe de Nutrição em serviço de atenção secundária à saúde. Foram obtidas informações sociodemográficas e perfil de saúde, medidas antropométricas, dados bioquímicos e do consumo alimentar. Participaram do estudo 54 mulheres, com média de 31,31± 5,76 anos, sendo 63% classificadas com algum grau de obesidade, 74,1% com risco cardiovascular segundo a razão cintura-quadril e 90,8% com circunferência de cintura aumentada. Houve correlação positiva entre a resistência insulina, mensurada pelo índice HOMA-IR, e índice de massa corporal ($r=0,729$; $p=0,028$). Além disso, houve elevada prevalência de consumo insuficiente de calorias (73,6%), carboidratos (54,7%) e micronutrientes (cálcio – 96,2%; ferro – 98,1%), contrastando com 71,7% de ingestão excessiva de lipídeos. Não houve associação entre estado nutricional, parâmetros bioquímicos e consumo alimentar ($p>0,05$). Concluiu-se que pacientes diagnosticadas com SOPC apresentam alta prevalência de obesidade e inadequações nutricionais, denotando a importância de medidas de intervenção nutricional como parte do tratamento não farmacológico.

Palavras-chave: Síndrome de Ovários Policísticos; Resistência à Insulina; Estado Nutricional; Consumo de Alimentos.

ABSTRACT

The present study aims at characterizing the nutritional status and food intake of patients with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). It is a cross-sectional study performed in patients with PCOS treated in secondary health care service by nutrition specialists. Socio-demographic information, health profile, anthropometric measurements, biochemical and food intake data were obtained. The study included 54 women with an average age of 31.31 ±5.76 years: 63% were classified as obese at different levels; 74.1% presented cardiovascular risk according to waist-hip ratio, and 90.8% an increased waist circumference. Correlations between insulin resistance, measured by HOMA-IR index, and body mass index ($r = 0.729$, $p = 0.028$) were observed. Evaluation of nutritional intake revealed an insufficient amount of calories (73.6%), carbohydrates (54.7%), and micronutrients (calcium, 96.2%; iron, 98.1%). However 71.7% presented an excessive intake of lipids. There was no association between nutritional status, biochemical parameters and food intake ($p > 0.05$). PCOS patients present a high prevalence of obesity and nutritional inadequacies. Therefore, nutritional intervention strategies constitute important tools as a non-pharmacological treatment.

Keywords: Polycystic Ovary Syndrome; Insulin Resistance; Nutritional Status; Food Consumption.

RESUMEN

Este estudio buscó caracterizar el estado nutricional y consumo alimentario de las pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOPQ). Se trata de un estudio transversal realizado con pacientes con SOPQ atendidas por el Equipo de Nutrición en servicios de atención secundaria de la salud. Se obtuvieron informaciones sociodemográficas y el perfil de salud, medidas antropométricas, datos bioquímicos y del consumo alimentario. En el estudio participaron 54 mujeres con edad promedio de 31,31± 5,76 años: 63% clasificadas con algún grado de obesidad; 74,1% con riesgo cardiovascular según la relación cintura-cadera y 90,8% con aumento de la circunferencia de cintura. Hubo correlación positiva entre la resistencia a la insulina, mensurada por el índice HOMA-IR, y el índice de masa corporal ($r=0,729$, $p=0,028$). Además, hubo elevada prevalencia de consumo insuficiente de calorias (73,6%), carbohidratos (54,7%) y micronutrientes (calcio – 96,2%; hierro – 98,1%, en contraste con el 71,7% de ingesta excesiva de lípidos. No hubo asociación entre el estado nutricional, parámetros bioquímicos y consumo de alimentos ($p>0,05$). Pacientes diagnosticadas con SOPQ presentan una alta prevalencia de obesidad y deficiencias nutricionales. Por lo tanto, las medidas de intervención nutricional son herramientas importantes como parte del tratamiento no farmacológico.

Palabras clave: Síndrome de Ovario Poliquístico; Resistencia a la Insulina; Estado Nutricional; Consumo de alimentos.

¹ Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Endocrinologista do Hospital das Clínicas da UFMG.

³ Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG.

⁴ Professora adjunta do curso de Nutrição, Escola de Enfermagem da UFMG. Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição.

Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, 2º andar, sala 206, Av. Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100 Telefone 3409-9858, fax 3409-9853, E-mail: adaliene@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma das desordens endocrinológicas mais frequentes em mulheres na idade reprodutiva, com prevalência de 4% a 10%. Caracteriza-se, frequentemente, por hiperandrogenismo laboratorial e/ou clínico, que pode se manifestar por: hirsutismo, acne, alopecia, seborreia, irregularidade menstrual e cistos ovarianos.¹ A síndrome é multigênica e está associada a alterações na biossíntese, regulação e ação dos andrógenos, à ação e à secreção da insulina, à secreção e à ação das gonadotrofinas e à síntese e metabolismo do ácido retinóico.^{2,3}

A SOP associa-se com vários fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV), como dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), disfunção endotelial, síndrome metabólica (SM) e marcadores pró-inflamatórios crônicos.⁴ Pelo menos, 50% das mulheres com SOP apresentam obesidade central e a maioria apresenta resistência insulínica (RI) intrínseca à SOP e independentemente da obesidade, além de hiperinsulinemia. Destaque-se que tanto a RI como a hiperinsulinemia compensatória parecem desempenhar papel importante na etiopatogenia da SOP.^{2,4}

A RI pode ser detectada em 50% a 90% das portadoras de SOP, com maior prevalência entre aquelas com obesidade associada. Embora o risco de desenvolver intolerância à glicose ou DM2 aumente de acordo com o grau de obesidade em pacientes com SOP, ele está presente, também, nas não obesas e é maior nas pacientes com história familiar de DM2.⁵

A prevalência de SM (segundo critérios do NCEP-ATPIII) nas pacientes com SOP varia de 33% a 43%, sendo duas vezes maior que a observada em mulheres da população geral, mesmo após pareamento por idade e índice de massa corporal (IMC).⁵

Estudos prévios têm demonstrado que a perda de peso auxilia na melhora da sintomatologia e restauração da função ovariana e metabólica de mulheres portadoras de SOP com sobrepeso ou obesidade. Uma pequena redução do peso (5%) é capaz de melhorar o hiperandrogenismo e o padrão de anovulação presentes nas portadoras dessa síndrome.⁶ Dessa forma, a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de portadoras de SOP torna-se uma ferramenta importante para nortear estratégias de intervenção nutricional.⁷

Diante do exposto, o objetivo com este trabalho foi caracterizar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com SOP atendidas em um serviço de atenção secundária à saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal cuja população constituiu-se de 54 mulheres com diagnóstico de

SOP, em acompanhamento regular pelo serviço de endocrinologia em um ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, Brasil.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o Parecer nº ETIC 0244.0.0203.000-10, e todos os sujeitos foram incluídos no estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados

O critério de inclusão abrangeu todas as pacientes encaminhadas pelo serviço de endocrinologia do ambulatório com diagnóstico de SOP para o atendimento nutricional, no período de maio de 2009 a janeiro de 2011. Pacientes grávidas, menores de 18 anos ou com idade superior a 50 anos foram excluídas do estudo.

Utilizou-se uma anamnese nutricional contendo informações da história clínica e sociodemográfica (idade, estado civil, número de filhos, diagnóstico de doença ou agravo não transmissível, antecedentes familiares desses agravos, prática de atividade física, dentre outros), dados antropométricos e de consumo alimentar. Além disso, foram investigados parâmetros bioquímicos, descritos a seguir.

A avaliação antropométrica compreendeu a aferição de peso, estatura, circunferências da cintura (CC) e quadril (CQ), segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS).⁸ Para o peso e estatura, utilizou-se balança mecânica com estadiômetro acoplado da marca Filizola®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g. A obtenção dessas medidas possibilitou o cálculo do índice de massa corporal [IMC= peso (kg)/ altura² (m)], classificado segundo os limites sugeridos pela OMS.⁹

As CC e CQ foram obtidas utilizando-se fita métrica não extensível de precisão milimétrica. A CC foi classificada em gordura visceral normal (< 80 cm), em excesso grau I (≥ 80 cm) e em excesso grau II (≥ 88 cm).⁹ A RCQ (CC/CQ) foi calculada e classificada conforme pontos adotados para a população brasileira, que compreendem: sem risco para doenças cardiovasculares (< 0,80) e com risco para doenças cardiovasculares (> 0,80).¹⁰

Todas as medidas antropométricas foram realizadas por um único avaliador treinado, em triplicata, sendo registrado o valor médio obtido.

O consumo alimentar foi avaliado com base em dois recordatórios alimentares de 24 horas (R24h) com uma semana de intervalo entre si, além de um questionário de frequência alimentar (QFA) abrangendo os hábitos alimentares dos últimos seis meses, que contemplou 19 alimentos, avaliados com as periodicidades *diário*, *semanal*, *mensal* e *raro/nunca*. O número diário de refeições e o hábito de beliscar também foi investigado.

Quanto aos parâmetros bioquímicos, foram avaliadas as concentrações séricas de colesterol total (desejável: <200

mg/dL; limítrofe: 200-239 mg/dL; elevado: >240 mg/dL) e frações (*HDL* – desejável: >40 mg/dL; *LDL* – desejável: 100-129 mg/dL; elevado: >160 mg/dL; *VLDL* – desejável: <40 mg/dL), triglicerídeos (desejável: <150 mg/dL; limítrofe: 150-199 mg/dL; elevado: >200 mg/dL), insulina e glicose jejum (desejável: 70-99 mg/dL; intolerância: 100-125 mg/dL; diabetes *mellitus*: ≥ 126 mg/dL)⁸ obtidas dos prontuários que continham tais registros. A prevalência de RI nesse trabalho foi avaliada pelo índice *Homeostasis Model Assessment Insulin Resistance* (HOMA-IR) [insulina (mUI/L) x glicemia (mmol/dL)/ 22.5],¹¹ sendo indicativo de RI quando superior ou igual a 2,5.⁸

Análise de dados

O R24h foi analisado utilizando o *software* de Nutrição Dietwin® Profissional (2006), no qual foram acrescentadas informações nutricionais provenientes de tabelas de alimentos e rótulos de produtos industrializados, quando necessário. Analisou-se, de maneira qualitativa, o consumo calórico (VCT – valor calórico total), o percentual de carboidratos (ideal: 45-65% VCT), proteínas (ideal: 10-35% VCT), lipídeos (ideal: 20-35% VCT) e fibras (*Adequate Intake* – AI: 25 g/dia), bem como o de cálcio (*Estimated Energy Requirement* – EAR: 800 mg/dia) e ferro (EAR: 8,1 mg/dia), segundo recomendações propostas pelo *Institute of Medicine*.^{12,13} Para tal, obteve-se a média dos nutrientes calculados com base nos dois R24h.

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 15.0 e constou de análise descritiva, mediante o cálculo das distribuições de frequências, médias, medianas, e percentuais. As variáveis com distribuição normal, verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, foram apresentadas na forma de média (desvio-padrão) enquanto as demais se encontram sob a forma de mediana (intervalo de confiança de 95%). Foram utilizados, também, os testes t de Student simples, para comparação de médias, e correlação de Pearson para avaliar as possíveis relações existentes entre as características bioquímicas e antropométricas das pacientes em estudo. Considerou-se 5% como nível de significância estatística.

Para fins de algumas análises a amostra foi dividida em dois grupos, conforme o estado nutricional (obesidade e sobrepeso). Como apenas duas das participantes apresentavam eutrofia, foram excluídas dessas análises.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 mulheres com média de 31,31±5,76 anos, sendo 38,9% casadas e 87% sem filhos. Verificou-se que 29,6% relataram apresentar algum tipo de doença ou agravamento não transmissível (DANT), associada à SOP, e 87% possuíam antecedentes familiares desses agravos (TAB. 1).

TABELA 1 – Características sociodemográficas de pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos – Belo Horizonte-MG, 2011

| Característica | % |
|---------------------------------|------|
| <i>Idade</i> | |
| 18-24 anos | 11,1 |
| 25-30 anos | 38,9 |
| 31-35 anos | 22,2 |
| Acima de 35 anos | 27,8 |
| <i>Estado civil</i> | |
| Solteira | 11,1 |
| Casada/União estável | 71,1 |
| Separada | 27,8 |
| <i>Número de filhos</i> | |
| Nenhum | 87,0 |
| 1-2 filhos | 9,3 |
| 3 ou mais filhos | 3,7 |
| <i>Trabalho fora do lar</i> | |
| Sim | 57,4 |
| Não | 42,6 |
| <i>Diagnóstico clínico</i> | |
| Apenas SOP | 70,4 |
| SOP + DANT | 29,6 |
| Antecedentes familiares de DANT | 87,0 |

SOP = Síndrome de ovários policísticos; DANT= Doença e agravamento não transmissível (hipertensão, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica).

Fonte: Dados da pesquisa

Identificou-se que 96,3% das mulheres tinham excesso de peso, 90,8% tinham gordura visceral em excesso e 74,1% corriam risco aumentado para o desenvolvimento de doença cardiovascular, segundo antropometria (TAB. 2). Ademais, 55,6% das mulheres relataram que praticavam algum tipo de atividade física.

TABELA 2 – Caracterização do estado nutricional de pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos – Belo Horizonte-MG, 2011

| Dados antropométricos e de composição corporal | (n) | Média ± DP ou % |
|--|-----|-----------------|
| Peso (kg) | 54 | 85,37 ± 16,96 |
| Índice de massa corporal (kg/m ²) | 54 | 32,57 ± 5,27 |
| <i>Classificação</i> | | % |
| Eutrofia | 2 | 3,70 |
| Sobrepeso | 18 | 33,30 |
| Obesidade grau I | 19 | 35,20 |
| Obesidade grau II | 11 | 20,40 |
| Obesidade grau III | 4 | 7,40 |
| Circunferência da cintura (cm) | 54 | 94,68 ± 11,17 |
| <i>Classificação</i> | | % |
| Gordura visceral normal | 5 | 9,30 |
| Gordura visceral em excesso – grau I | 9 | 16,60 |
| Gordura visceral em excesso – grau II | 40 | 74,10 |
| Razão cintura-quadril | 54 | 0,84 ± 0,06 |
| <i>Classificação</i> | | % |
| Sem risco para doença cardiovascular | 14 | 25,90 |
| Com risco para doença cardiovascular | 40 | 74,10 |

Fonte: Dados da pesquisa

Os parâmetros bioquímicos avaliados em uma subamostra da população estudada (n=5 a 18) evidenciaram 100% de normalidade da concentração sérica de glicose e 44% de inadequação do índice HOMA-IR. O colesterol total e VLDL apresentaram concentrações alteradas em 42,86% e 57,14% das pacientes, respectivamente (TAB. 3).

O índice HOMA-IR, cuja média foi $5,64 \pm 7,91$, relacionou-se ao IMC ($r = 0,729$; $p = 0,026$) (FIG. 1).

Quanto ao consumo alimentar, identificou-se mediana de ingestão de 1339,74 (589,7 – 3159,9) kcal, sendo que 73,6% das participantes apresentaram aporte energético insuficiente. De modo similar, o consumo de carboidratos e proteínas foi insuficiente em 54,7% e 18,9% da amostra, respectivamente. O consumo de fibra, ferro e cálcio também se mostraram insuficientes em 94,3%, 98,1% e 96,2% da amostra, respectivamente (TAB. 4).

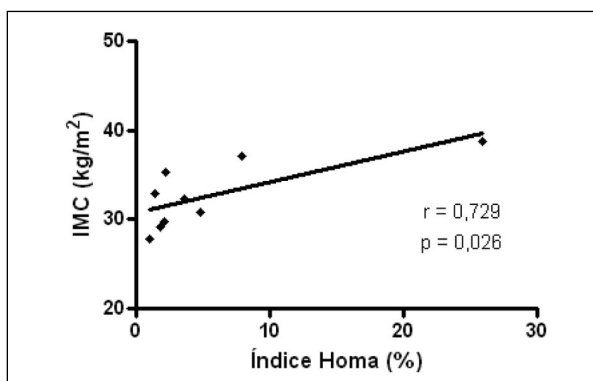


FIGURA 1 – Correlação entre índice HOMA-IR e IMC (n = 9) em pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos – Belo Horizonte-MG, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 3 – Concentrações e adequações das dosagens séricas de pacientes portadores de síndrome de ovários policísticos – Belo Horizonte-MG, 2011

| Parâmetro bioquímico | Média ± DP | Desejável | | Limítrofe | | Inadequado | |
|--------------------------|----------------|-----------|--------|-----------|-------|------------|-------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Glicose (mg/dL) | 81,5 ± 7,33 | 18 | 100,00 | - | - | - | - |
| Índice HOMA-IR | 5,64 ± 7,91 | 5 | 55,56 | - | - | 4 | 44,44 |
| Colesterol total (mg/dL) | 183,71 ± 42,22 | 8 | 57,14 | 4 | 28,57 | 2 | 14,29 |
| HDL (mg/dL) | 46,08 ± 16,01 | 9 | 69,23 | - | - | 4 | 30,77 |
| LDL (mg/dL) | 115,33 ± 36,96 | 8 | 66,67 | 1 | 8,33 | 3 | 25,00 |
| VLDL (mg/dL) | 26,07 ± 9,82 | 6 | 42,86 | - | - | 8 | 57,14 |
| Triglicérides (mg/dl) | 127,71 ± 51,50 | 10 | 71,43 | 3 | 21,43 | 1 | 7,14 |

DP: desvios-padrão; HOMA-IR: *homeostasis model assessment*; HDL: *high density cholesterol*; LDL: *low density cholesterol*; VLDL: *very low density cholesterol*.

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 4 – Caracterização do consumo de energia e nutrientes de pacientes portadores de síndrome de ovários policísticos. Belo Horizonte-MG, 2011

| Energia e nutrientes | Média / mediana | DP ou IC 95% | Insuficiente | | Adequado | | Excessivo | |
|----------------------|-----------------|----------------|--------------|------|----------|------|-----------|------|
| | | | n | % | n | % | n | % |
| NEE (kcal) | 2139,74 | 278,26 | - | - | - | - | - | - |
| VCT (Kcal) | 1339,74 | 589,7 – 3159,9 | 39 | 73,6 | 8 | 15,1 | 6 | 11,3 |
| CHO (%VCT) | 45,71 | 11,46 | 29 | 54,7 | 22 | 41,5 | 2 | 3,8 |
| PTN (%VCT) | 17,68 | 7,54 | 10 | 18,9 | 29 | 54,7 | 14 | 26,4 |
| LIP (%VCT) | 35,86 | 9,60 | 4 | 7,5 | 11 | 20,8 | 38 | 71,7 |
| FIBRA (g) | 13,01 | 5,90 | 50 | 94,3 | 1 | 1,9 | 2 | 3,8 |
| CÁLCIO (mg) | 299,25 | 70,90 – 1443,0 | 51 | 96,2 | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 |
| FERRO (mg) | 6,26 | 3,60 | 52 | 98,1 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 |

CHO: carboidratos; IC: intervalo de confiança; LIP: lipídeos; PTN: proteínas; NEE: necessidades energéticas estimadas; VCT: valor calórico total.

Fonte: Dados da pesquisa

Obteve-se uma média de $3,98 \pm 1,29$ refeições por dia. Já o hábito de “beliscar” alimentos entre as refeições foi relatado por 70% da amostra, e os alimentos mais comumente consumidos eram biscoitos, massas, carnes, balas, salgadinhos e doces. Verificou-se prevalência insuficiente de consumo diário de frutas, legumes e verduras, contrastando com relato do hábito diário de ingerir café, sucos artificiais. Alimentos fritos também estiveram presentes entre as pacientes (FIG. 2).

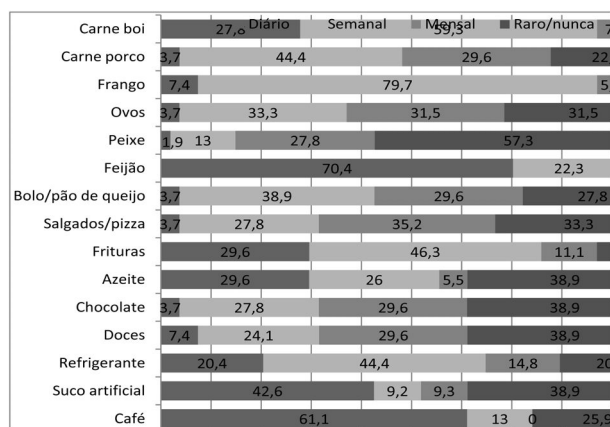


FIGURA 2 – Frequência de consumo de alimentos em pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos – Belo Horizonte-MG, 2011

Fonte: Dados da pesquisa

Não houve diferença significativa entre o consumo alimentar e parâmetros bioquímicos entre as pacientes com sobrepeso e obesidade (TAB. 5).

DISCUSSÃO

A SOP confere às mulheres maior risco de desenvolver obesidade, hiperinsulinemia, RI e DANT.^{2,4} Na literatura e neste estudo denota-se que cerca de 60% das mulheres com SOP apresentam algum grau de obesidade, bem como aumento de medidas antropométricas e evidências de redução da sensibilidade à insulina.^{8,14}

Poy *et al.* (2001) demonstraram que o achado mais frequente nas pacientes com SOP foi a obesidade abdominal.¹⁵ Neste estudo, a CC e a RCQ evidenciaram gordura visceral em excesso e risco para DCV. Tal característica está associada a um estado de RI, hiperinsulinemia compensatória, hiperandrogenismo e prejuízo da função reprodutiva normal.^{6,15,16}

Além disso, a obesidade é frequentemente associada a um perfil lipídico mais aterogênico em pacientes com SOP.¹⁷ As mulheres, na casuística estudada, apresentaram, em sua maioria, média de níveis séricos de *High Density Lipoprotein* (HDL), colesterol total (CT), *Low Density Lipoprotein* (LDL) e triglicérides (TG) normais, contrariando os resultados de outro estudo que relatou diminuição dos níveis de HDL e aumento dos níveis de LDL e CT como as alterações lipídicas comumente descritas em portadoras de SOP, independentemente da presença de obesidade.⁷ Essa diferença pode se relacionar ao tamanho amostral, diferenças étnicas, genéticas e ao estilo de vida das pacientes recrutadas.¹⁸

A correlação positiva entre IMC e RI, aqui identificada, já foi descrita por outros autores^{2,14} e pode se associar ao desenvolvimento de DANT.¹⁹ Além disso, a RI está associada à DCV independentemente de todos os fatores de risco já estabelecidos.²⁰ Cabe destacar que

TABELA 5 – Comparação do consumo alimentar e parâmetros bioquímicos de pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos, segundo estado nutricional (sobrepeso ou obesidade) – Belo Horizonte-MG, 2011

| Parâmetro | Sobrepeso | | Obesidade | |
|--------------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|
| | n | Média ± DP | n | Média ± DP |
| VCT (Kcal) | 18 | 1408,32 ± 391,64 | 33 | 1464,02 ± 531,64 |
| CHO%VCT | 18 | 47,67 ± 12,92 | 33 | 45,64 ± 10,27 |
| PTN%VCT | 18 | 15,12 ± 5,92 | 33 | 19,41 ± 8,04 |
| LIP%VCT | 18 | 32,36 ± 8,90 | 33 | 36,37 ± 8,17 |
| Fibra (g) | 18 | 12,81 ± 5,55 | 33 | 13,43 ± 6,17 |
| Cálcio (mg) | 18 | 382,83 ± 257,50 | 33 | 350,04 ± 277,46 |
| Ferro (mg) | 18 | 6,56 ± 3,74 | 33 | 6,08 ± 3,58 |
| Glicose (mg/dL) | 4 | 78,75 ± 5,12 | 12 | 83,17 ± 7,59 |
| Colesterol total (mg/dL) | 3 | 184,33 ± 36,69 | 10 | 183,50 ± 47,70 |
| Triglicérides (mg/dL) | 2 | 156,50 ± 34,65 | 10 | 125,50 ± 58,18 |

VCT: valor calórico total; CHO: carboidrato; LIP: lipídeo; PTN: proteína.

Fonte: Dados da pesquisa

alguns estudos revelam que, independentemente do IMC, mulheres com SOP apresentam maiores níveis de RI.⁵ Essa condição parece colaborar de forma decisiva para a patogênese da síndrome.^{2,21} Isso porque a RI progride para o desenvolvimento de hiperinsulinemia compensatória que impulsiona a hiperandrogenemia ovariana em portadoras de SOP. A insulina pode aumentar a esteroidogênese ovariana diretamente, sozinha e/ou pelo aumento da produção de andrógenos mediados pelo hormônio luteinizante (LH). Além disso, pode atuar de forma indireta, reduzindo a biossíntese hepática da globulina ligadora de hormônios esteroides (SHBG), acarretando aumento de testosterona livre.²²

Quanto ao consumo alimentar, destacou-se elevada prevalência de ingestão insuficiente de calorias e de carboidratos, bem como excesso de lipídeos. Esses dados, porém, podem não refletir a ingestão real, em virtude de provável subnotificação de alguns alimentos no momento da realização do R24h. Alguns autores sugerem que a maior subestimação do consumo alimentar por parte da população com obesidade e sobrepeso se deve à cultura das dietas de “culto à magreza” e ao sentimento de culpa e/ou vergonha ao ingerir determinados alimentos sabidamente classificados como “não saudáveis”.^{23,24}

Há, também, os alimentos específicos cujo consumo é mais comumente sub-relatado, como bolos, guloseimas, refrigerantes, bebidas alcoólicas, salgadinhos e sanduíches,²⁵ os quais foram raramente citados durante a coleta dos R24h, embora seu consumo habitual fosse frequente nos QFAs. Tais alimentos apresentam alto índice glicêmico (IG) e possuem um teor de fibras inferior ao recomendado pelo Institute of Medicine.¹² Ressalte-se que o consumo adequado de fibras é importante para as pacientes com SOP, pois pode contribuir para a diminuição do risco de doenças coronarianas e DM, bem como oportunizar melhor controle glicêmico.^{26,27}

Achados similares foram relatados por Toscani *et al.* (2009), que identificaram, em 47 mulheres com SOP, insuficiente consumo de carboidratos e fibras e alto consumo de gorduras e de alimentos com elevado índice glicêmico.¹⁶ Destacou-se que o excessivo consumo de lipídios pode comprometer o estado nutricional e de saúde das portadoras na SOP tendo

em vista sua associação com alterações metabólicas e cardiovasculares que incluem menor sensibilidade à insulina, dislipidemia e hipertensão arterial.

O consumo de ferro, cálcio e fibra também se mostrou insuficiente no cálculo dos R24h, corroborando os dados obtidos no QFA. Esses resultados são preocupantes, tendo em vista a implicação desses nutrientes para a saúde, sobretudo feminina. O consumo insuficiente de ferro, por exemplo, relaciona-se ao incremento dos riscos gestacionais.²⁸ Já a inadequação de cálcio pode propiciar alterações na secreção de insulina e agravar a RI, comumente verificada em portadoras de SOP.^{29,30} Ademais, a ingestão insuficiente desse nutriente e de fibras parece contribuir para o menor controle do peso corporal, da glicemia, da insulinemia e da lipidemia, já alterados em portadoras de SOP, e notadamente fatores de risco para as DANTs.^{25,26}

Este estudo contribuiu para a caracterização nutricional de portadoras da SOP, mas apresentou algumas limitações, como a provável subestimação do consumo alimentar, já referida, além da falta de avaliação detalhada da atividade física e escassez dos dados bioquímicos. Apesar disso, os achados são relevantes, pois denotam a importância do aconselhamento nutricional no âmbito da atenção secundária à saúde para as mulheres com SOP.

CONCLUSÃO

As portadoras de SOP atendidas no serviço de atenção secundária à saúde caracterizaram-se pela elevada prevalência de excesso de peso, adiposidade abdominal, hábitos alimentares errôneos e inadequações dietéticas, sobretudo no tocante ao consumo de energia, ferro, cálcio e fibra. Esses achados evidenciam a importância da intervenção nutricional como parte do tratamento não farmacológico da síndrome e das alterações metabólicas associadas.

A perda de peso ponderal e a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis podem ser alternativas importantes para a melhoria da sintomatologia e restauração da função ovariana e metabólica nas pacientes com SOP.

REFERÊNCIAS

1. Goodarzi MO, Azziz R. Diagnosis, epidemiology, and genetics of the polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2006; 20(2):193-205.
2. Ehrmann A. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 2005; 352(12):1223-36.
3. Kuba VM, Cavalieri PM, Christóforo AC, *et al.* Resistência insulínica e perfil metabólico em pacientes com síndrome dos ovários policísticos de peso normal e sobrepeso/obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(6):1026-33.
4. Azevedo GD, Costa EC, Micussi MTABC, Sá JCF. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(5):261-7.
5. Saad MJA, Carvalheira JBC. Doenças associadas à resistência à insulina/hiperinsulinemia, não incluídas na síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(2):360-7.
6. Barber TM, McCarthy MI, Wass JA, Franks S. Obesity and polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2006; 65(2):137-45.
7. Jeanes YM, Barr S, Smith K, Hart KH. Dietary management of women with polycystic ovary syndrome in the United Kingdom: the role of dietitians. *J Hum Nutr Diet.* 2009; 22(6):551-8.

8. Martins C. Avaliação metabólica nutricional. Avaliação do estado nutricional e diagnóstico. Curitiba: Nutroclínica; 2008. 50p.
9. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of antropometry. Geneva: WHO; 1995. 36p.
10. Pereira RA, Sichieri R, Marins VM. Waist:hips girth ratio as a predictor of arterial hypertension. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):333-44.
11. Ganda OP, Day JL, Soeldner JS. Reproducibility and comparative analysis of repeated intravenous and oral glucose tolerance tests. *Diabetes*. 1978; 27(2):715-25.
12. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington, DC: The National Academies Press; 2005.1331p.
13. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes (DRIs) for calcium and vitamin D. [S.l.:S.n.]; 2010. 4p.
14. Goodarzi MO, Erickson S, Port SC, Jennrich RI, Korenman SG. Beta-cell function: a key pathological determinant in polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90(1):310-5.
15. Poy M, Wiltgen D, Spritzer PM. Perfil hormonal e metabólico em pacientes hirsutas com a síndrome dos ovários policísticos. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001; 45(4):352-60.
16. Toscani MK, Radavelli-Bagatini S, Spritzer PM, Mario FM. Insulin resistance is not strictly associated with energy intake or dietary macronutrient composition in women with polycystic ovary syndrome. *Nutr Res*. 2011; 2(31):97-103.
17. Gambineri A, Pelusi C, Vicennati V, Pagotto U, Pasquali R. Obesity and the polycystic ovary syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26(7):883-96.
18. Carmina E, Napoli N, Longo RA, Rini GB, Lobo RA. Metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome (PCOS): lower prevalence in southern Italy than in the USA and the influence of criteria for the diagnosis of PCOS. *Eur J Endocrinol*. 2006; 154(1):141-5.
19. Chul SK, Lim S, Rosenson RS. Hyperinsulinemia and Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance as Predictors of Hypertension: a 5-Year Follow-Up Study of Korean Sample. *Am J Hypertens*. 2011; 24(9):1041-5.
20. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, *et al*. Insulin resistance a estimated by homeostasis model assessment predicts incident symptomatic cardiovascular disease in Caucasian subjects from general population. *Diabetes Care*. 2007; 30(2):3118-24.
21. Poretsky L, Cataldo N, Rosenwaks Z, Guidice L. The insulin. related ovarian regulatory system in health and disease. *Endocr Rev*. 1999; 20:532-82.
22. Jacqmain M, Doucet E, Després JP, Boucharde C, Tremblay A. Calcium intake, body composition, and lipoproteinlipid concentrations in adults. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(6):1448-52.
23. MacDiarmid J, Blundell JE. Dietary under-reporting: what people say about recording their food intake. *Eur J Clin Nutr*. 1997; 21(3):199-200.
24. Scagliusi FB, Lancha Júnior AH. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev Nutr*. 2003; 16(4):471-81.
25. Krebs-Smith SM, Graubard BI, Kahle LL, Subar AF, Cleveland LE, Ballard-Barbash R. Low energy reporters vs. other reporters: a comparison of reported food intake. *Eur J Clin Nutr*. 2000; 54(4):281-7.
26. Jenkins DJ, Jenkins AL. Nutrition principles and diabetes. A role for "lente carbohydrate"? *Diabetes Care*. 1995; 18(11):1491-8.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Casanueva E, Regil LM, Flores-Campuzano MF. Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Historia de un problema no resuelto. *Salud Pública de México*. 2006; 48(2):166-75.
29. Sun G, Vasdev S, Martin GR, Gadag V, Zhang H. Altered calcium homeostasis is correlated with abnormalities of fasting serum glucose, insulin resistance, and β -cell function in the Newfoundland population. *Diabetes*. 2005; 54:3336-9.
30. Howard G, Nguyen T, Morrison N, *et al*. Genetic influences on bone density: physiological correlates of vitamin D receptor gene alleles in premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995; 80(9):2800-5.

OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE

THE OCCURRENCE OF PRESSURE ULCER IN PATIENTS ADMITTED TO A PUBLIC HOSPITAL IN FORTALEZA-CE

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE

Lídia Samara de Castro Sanders¹
Francisco José Maia Pinto²

RESUMO

Com este estudo, objetivou-se investigar a ocorrência de úlcera por pressão (UP) em pacientes internados em um hospital público, referência em trauma de Fortaleza-CE. Trata-se de estudo transversal, documental e analítico de natureza quantitativa, realizado no período de 1º a 31 de agosto de 2010, após aprovação pela Comissão de Regulação e Normas Éticas da instituição. Para análise estatística, foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, sendo considerado significativo o valor de $p < 0,05$. Dos 75 pacientes avaliados, 27 apresentaram UP, resultando numa ocorrência de UP de 36%. A amostra estudada caracterizou-se por um perfil com predomínio de pacientes idosos – 15 (55,5%); do sexo masculino – 16 (59%); 18 (66,7%) foram internados na unidade 16; 20 (74,1%) tiveram como causa de internação patologias referentes ao trauma; 31 (67,4%) eram portadores de úlceras por pressão classificadas como estágio II, com destaque para a região sacral com 18 pacientes (66,7%). Dentre os fatores de risco identificados neste estudo, destacam-se a idade avançada (a partir de 60 anos) e o longo período de internação (a partir de 16 dias). Encontrou-se uma associação altamente significativa ($p < 0,001$) entre o tempo de internação e a presença de UP. Esses resultados demonstraram risco elevado de desenvolver UP na população, sendo, portanto, primordial o investimento na prevenção e atuação multidisciplinar para a redução desse agravo e melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes com esse tipo de lesão.

Descritores: Úlcera por Pressão; Fatores de Risco; Hospitalização; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at investigating the occurrence of pressure ulcer in patients admitted to a public tertiary referral centre for trauma in Fortaleza. It is a cross-sectional, quantitative, documentary, and analytical study carried out from 01 to 31 August 2010. The study was approved by the institution's Regulations and Ethical Standards Committee. Statistical analysis was performed using Pearson's chi-square test. P-value $p < 0.05$ was considered statistically significant. Of the 75 patients studied, 27, that is, 36% of the patients presented pressure ulcer. The sample profile was characterized by the predominance of elderly patients in which 15 (55.5%) were male and 16 (59%) were female patients; 18 (66.7%) were admitted to the unit 16th; 20 (74.1%) died because of pathologies related to trauma; 31 (67.4%) patients presented stage II pressure ulcers, 18 patients (66.7%) in the sacral region. An advanced age (over 60 years old) and a long hospitalization period (from 16 days) are among the risk factors identified in this study. A highly significant association ($p < 0.001$) between the hospitalization period and the presence of pressure ulcer was observed. These results demonstrated the risk of developing pressure ulcers is high; therefore, investment in prevention as well as a multidisciplinary approach aiming at reducing the condition and improving the quality of care provided to patients with pressure ulcers is essential.

Keywords: Pressure Ulcer; Risk Factors; Hospitalization; Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar la aparición de úlceras por presión (UP) en pacientes ingresados en un hospital público, centro de referencia en trauma, en Fortaleza-Ce. Estudio transversal, documental, analítico y cuantitativo llevado a cabo del 1 al 31 agosto de 2010, tras la aprobación del Reglamento y Normas Éticas del hospital. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$. De los 75 pacientes estudiados, el 36%, es decir, 27 pacientes, presentaron UP. La muestra se caracterizó por un perfil con predominio de pacientes de edad avanzada: 15 (55,5%), del sexo masculino: 16 varones (59%); 18 (66,7%) fueron ingresados en la unidad; la causa de internación de 20 (74,1%) fue de patologías relacionadas con el trauma; 31 (67,4%) pacientes tenían úlceras por presión clasificadas como lesiones en el grado II, especialmente en la región sacro: 18 pacientes (66,7%). Entre los factores de riesgo identificados en este estudio se destacan la edad avanzada (más de 60 años) y el largo período de internación hospitalaria (más de 16 días). Se encontró una asociación bastante significativa ($p < 0,001$) entre el tiempo de internación y la presencia de UP. Estos resultados demuestran que el riesgo de desarrollar úlceras por presión es alto. Para reducirlo y mejorar la calidad de la atención brindada a estos pacientes con UP la inversión en prevención primaria y el enfoque multidisciplinario son fundamentales.

Palabras clave: Úlcera por Presión; Factores de Riesgo; Hospitalización, Enfermería.

¹ Enfermeira Estomatoterapeuta pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

² Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente do Centro de Ciências da Saúde: Curso de Medicina, Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE). Endereço para correspondência – Rua 66, casa 430, terceira etapa, bairro José Walter, Fortaleza-CE, CEP: 60750-800. E-mail: lidiasamara82@yahoo.com.br. Fone: (85) 8721-1816.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é definida como uma lesão cutânea que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um prolongado período.¹

A ocorrência de UP em pacientes hospitalizados constitui um grande problema de saúde, pois essa ferida pode acarretar desconforto físico e emocional para o paciente, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, internação hospitalar prolongada, aumento dos riscos para complicações adicionais e altos índices de incidência e prevalência, e, conseqüentemente, aumento da sua morbidade.^{2,3}

A prevalência de UP é medida pela frequência de sua ocorrência ou pelo seu coeficiente apresentado como índice de pacientes com UP em determinada população em um certo período.⁴

De acordo com o National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), a prevalência em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, sendo de 15% a 25% em serviços de pacientes crônicos e 7% a 12% em atendimento domiciliário.⁵

No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência das úlceras por pressão, porém sabe-se que a prevalência no ambiente hospitalar é muito alta. Pacientes tetraplégicos (60%) e idosos com fraturas de colo de fêmur (66%) atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (33%). De modo geral, aproximadamente 40% dos pacientes com lesões medulares que completaram o tratamento desenvolveram uma úlcera por pressão.^{6,7}

Diante da complexidade do problema e conhecendo a magnitude da UP, tanto para o cliente quanto para a família e para a instituição de saúde, realizou-se este estudo. O objetivo foi investigar a ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público, referência em trauma de Fortaleza-CE.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, documental e analítico de natureza quantitativa. Foi realizado em um hospital público de nível terciário, referência em trauma de Fortaleza-CE, no período de 1º a 31 de agosto de 2010, após aprovação pela Comissão de Regulação e Normas Éticas da instituição.

A população foi composta de todos os (75) pacientes internados na Unidade 16 (clínica médica e vascular) e na Unidade de Tratamento Intensiva 4 (UTI 4). A amostra foi obtida por conveniência e englobava todos os (27) pacientes que apresentaram UP durante o período da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de um formulário semiestruturado, contemplando dados clínicos do paciente, informações sobre as características da ferida

e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, com base na Escala de Braden. Esses dados foram obtidos por meio dos prontuários dos pacientes e da observação não participante.

A análise dos dados foi realizada, inicialmente, usando-se o Excel e o programa estatístico *Predictive Analytics Software for Windows* (PASW), versão 17.0. Realizou-se uma análise estatística descritiva frequencial, além do estudo analítico, por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, no nível de significância de 5%.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital em estudo, e a coleta de dados foi realizada após aprovação da Comissão de Regulamentação e Normas Éticas da instituição, de acordo com os aspectos ético-legais da pesquisa com seres humanos, sob o Parecer nº 64628/09.

RESULTADOS

Foram pesquisados 75 pacientes internados nos dois setores de estudo (Unidade 16 e UTI 4), dos quais 27 (36%) apresentaram úlcera por pressão e compuseram a amostra.

A unidade 16 é composta de 24 leitos, distribuídos entre clínica médica e vascular. Dos 49 pacientes internados nessa unidade, 18 (36,7%) apresentaram úlcera por pressão. A UTI 4 é composta por sete leitos. Nesse setor, foram internados 26 pacientes, dentre os quais 9 (34,6%) apresentaram UP. Os pacientes desenvolveram UP na própria unidade onde foi realizada a pesquisa.

Foram identificadas 46 úlceras, com a média de 1,74 UP por paciente, sendo que a maioria dos pacientes, – 18 (66,7%) – apresentou uma úlcera e 3 (11,1%) apresentaram cinco úlceras por pressão.

Quanto à localização das UPs, verificou-se que a maioria das lesões – 44 (95,6%) – estava localizada na metade inferior do corpo, com destaque para a região sacral, que apresentou 23 (50%) do total das UPs.

Dos 27 pacientes portadores de UP, expressiva maioria – 26 (96,3%) – desenvolveu a lesão no hospital, durante o período de internação.

Quanto à imobilidade dos pacientes, todos os 27 (100%) apresentavam restrição de atividade ao leito, sendo que 26 (96,3%) tomavam banho no leito e 1 (3,7%) tomava banho em cadeira.

No que diz respeito à nutrição dos pacientes, 10 (37%) eram alimentados por dieta geral, enquanto a maioria – 17 (63%) – alimentava-se por dieta enteral.

Quanto às eliminações fisiológicas dos pacientes, 16 (59,3%) realizavam-nas em fraldas, apresentando incontinência urinária e anal concomitantes, enquanto 11 (40,7%) tinham diurese eliminada por cateter vesical de demora.

Em relação ao estadiamento das UPs, foi observado que 31 (67,4%) eram do estágio II e somente uma (2,2%) UP foi classificada como estágio IV.

De acordo com a Escala de Braden aplicada nos 48 pacientes que não foram acometidos por UP, observou-se que 27 (56,2%) foram classificados como alto risco para desenvolver UP e 8 (16,7%) apresentaram baixo risco. No entanto, para os 27 pacientes que apresentaram UP, os escores da escala de Braden apresentados foram: 8 (29,6%) pacientes apresentaram risco moderado de desenvolver UP, enquanto a maioria – 19 (70,4%) – apresentou alto risco para desenvolver úlcera por pressão.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes com úlcera por pressão segundo as características demográficas – Fortaleza, 2010

| Características demográficas | N=27 | % | P |
|------------------------------|------|------|-------|
| Sexo | | | 0,340 |
| Feminino | 11 | 41,0 | |
| Masculino | 16 | 59,0 | |
| Idade | | | 0,083 |
| Menor de 60 anos | 12 | 44,5 | |
| A partir de 60 anos | 15 | 55,5 | |

Fonte: Dados da pesquisa

Dos pacientes que apresentaram UP, 16 (59%) eram do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 55,52 anos, com desvio-padrão de 23,3 anos. A menor idade foi de 19 anos e a maior, de 89 anos. Houve predomínio de portadores de UP em pacientes na faixa etária a partir dos 60 anos de idade. Porém, pelo teste de qui-quadrado, não houve associação estatística entre o sexo e a faixa etária com o desenvolvimento de UP nos pacientes hospitalizados. (TAB. 1)

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes com úlcera por pressão segundo as características clínicas – Fortaleza, 2010

| Características clínicas | N=27 | % | P |
|----------------------------|------|------|--------|
| Local de internação | | | 0,856 |
| Unidade 16 | 18 | 66,7 | |
| UTI 4 | 9 | 33,3 | |
| Tempo de internação | | | <0,001 |
| Até 15 dias | 2 | 7,4 | |
| A partir de 16 dias | 25 | 92,6 | |
| Causa da internação | | | 0,913 |
| Causas externas | 20 | 74,1 | |
| Outras causas | 7 | 25,9 | |

Fonte: Dados da pesquisa

Evidenciou-se que houve predomínio de pacientes com UP na unidade 16, correspondendo a 18 (66,7%). Por se tratar de uma enfermidade de clínica médica e vascular, os pacientes internados, em sua maioria, eram portadores de patologias crônicas. Nesses casos, o tempo de internação é prolongado, o que favorece o desenvolvimento de UP. No entanto, observou-se a não existência de associação estatística entre o local de internação e a presença de UP pelo teste de qui-quadrado ($p=0,856$). (TAB. 2)

Em relação ao tempo de internação, houve uma variação de 15 até 373 dias, tendo uma média de 56,8 dias com desvio-padrão de 73,8 dias. A maioria – 25 (92,6%) – dos pacientes tinha tempo de internação a partir de 16 dias. Pelo teste de qui-quadrado, encontrou-se uma associação altamente significativa ($p<0,001$), no nível de significância de 5% entre o tempo de internação e a presença de UP. (TAB. 2)

Em relação à causa de internação, verificou-se que a maioria foi aquela que se referia a causas externas, com 20 (74,1%) casos. Nesta, encontram-se inseridas patologias de trauma, como enforcamento, ferimento por arma de fogo (FAF), ferimento por arma branca (FAB), fraturas diversas, trauma cranioencefálico (TCE), politraumatismo, amputações e queimaduras. Todas essas são causas referenciáveis para o hospital em estudo, o que aumenta a prevalência de UP em pacientes hospitalizados com esses diagnósticos. (TAB. 2)

DISCUSSÃO

Neste estudo, a ocorrência de UP foi apresentada em dois setores: na Unidade 16 e na UTI 4. No setor referente à Unidade 16, encontrou-se um índice de ocorrência de 36,7%, enquanto para a UTI 4 foi de 34,6%. A ocorrência total encontrada neste estudo foi de 36%.

Prevalências variáveis foram encontradas na literatura internacional, conforme a clientela e a instituição, variando de 3% a 14% em Hospitais Gerais, de 5% a 25% em serviços de pacientes crônicos e de 7% a 12% em atendimento domiciliário.¹

Em achados da literatura nacional, encontraram-se estudos como os de Rogenski e Santos,⁶ que por três meses observaram 211 pacientes em risco de desenvolverem úlcera por pressão em um hospital universitário e concluíram que 39,8% desses pacientes apresentaram a enfermidade.

Camargo,⁸ em pesquisa realizada em um hospital de infectologia, encontrou a prevalência de 13,6%; Cardoso⁴ encontrou a prevalência de 25,6% em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário.

Neste estudo, a presença de UP em pacientes hospitalizados mostrou-se mais elevada entre os homens (59,3%) do que entre mulheres (40,7%). Isso pode ser atribuído aos principais diagnósticos que levaram à internação: causas externas (traumas decorrentes de violência urbana) e doenças do aparelho circulatório,

os quais são de elevada prevalência entre os homens. Em pesquisas nacionais, também foi observado predomínio de UP no sexo masculino.⁴⁻⁹

Em relação à faixa etária, observou-se que houve predomínio (55,5%) de pacientes idosos (idade acima de 60 anos). Esses achados coincidem com os da literatura, estudo realizado por Sousa e Santos,¹⁰ indicando maior prevalência de UP em pacientes na faixa etária acima de 60 anos.

É na população idosa que se encontram 70% de todas as úlceras por pressão. A prevalência dessas feridas aumenta rapidamente com a idade, sendo que de 50% a 70% delas desenvolvem-se em pessoas com mais de 75 anos, pois o idoso é mais susceptível ao desenvolvimento de lesões de pele, dadas as características causadas pelo envelhecimento.¹¹

Demograficamente, os pacientes com UP caracterizam-se por idade média elevada (acima dos 60 anos), significativamente superior àqueles também pertencentes ao grupo de risco, porém sem UP. Além disso, os pacientes idosos acamados que desenvolveram UP encontravam-se, coerentemente, inseridos na unidade 16, aquela com maior prevalência de pacientes com UP, e também tinham a pele mais exposta à umidade.

Vale ressaltar que a idade é apontada por diversos autores como um dos mais relevantes fatores envolvidos na fisiopatogênese da UP, principalmente quando associada aos outros fatores de risco como mobilidade e umidade.¹²

Considerando os fatores de risco para UP, avaliados pela escala de Braden, a imobilidade e a umidade estavam presentes em todos os 27 (100%) pacientes que desenvolveram a lesão. Esses achados corroboram estudos realizados por Sousa e Santos¹³ e por Rogenski e Santos,¹² que encontraram associação estatisticamente significativa entre a umidade e a presença de UP.

Neste estudo, 14 (51,9%) dos pacientes com UP apresentavam incontinência urinária e anal concomitantes, pois realizavam suas eliminações em fraldas, tornando-os extremamente vulneráveis ao desenvolvimento de UP.

A umidade decorrente da exposição da pele pela incontinência urinária e anal é um fator de risco importante na gênese da UP. O excesso de umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais susceptível às lesões, principalmente quando associada à fricção e ao cisalhamento.^{2,14}

Outro fator de risco para desenvolver UP encontrado neste estudo foi a imobilidade dos pacientes hospitalizados, considerada o fator de maior importância no desenvolvimento de UP. A manutenção da posição corporal, assim como mudanças no posicionamento, determina gradiente gravitacional que age no sistema cardiovascular e no pulmonar e pode afetar a oxigenação e o fluxo sanguíneo, pois a gravidade influencia diretamente o volume e a capacidade pulmonar.^{2,11}

Com relação ao tempo de internação, neste estudo foram encontrados os seguintes resultados: o tempo médio de internação foi de 56,8 dias, variando de 15 até 373 dias, sendo que a maioria – 25 (92,6%) – desenvolveu UP a partir de 16 dias de hospitalização.

Esses achados comprovam outros estudos que demonstram que o tempo prolongado de internação está relacionado ao maior desenvolvimento de UP. Relatos na literatura internacional apontam uma média de tempo de internação acima de dez dias e que associam o tempo prolongado de internação com o desenvolvimento de UP.^{15,16}

Na análise da localização das úlceras por pressão, encontrou-se a maior prevalência na região sacral – 18 (66,7%), o que é explicado por este ser o segmento da pele submetido a maior pressão na posição dorsal. Diversos estudos internacionais mostram que 60% de todas as úlceras por pressão estão localizadas na região sacral.^{11, 17, 18}

A região sacral é considerada uma das mais suscetíveis para o desenvolvimento de UP, em razão das proeminências ósseas e da proximidade de áreas de incontinência, por isso deve ser constantemente avaliada.¹⁹

Neste estudo, em relação ao estadiamento da UP, observou-se que 31 (67,4%) das feridas eram do estágio II. Esse achado confirma os de inúmeros autores, como Camargo⁸ (34%), Moro *et al.*¹⁷ (58,5%), Póvoa²⁰ (50%), Rogenski e Santos¹² (53%), uma vez que estão intrinsecamente relacionados à própria definição e etiogênese desse tipo de lesão.

De acordo com a escala de Braden, a amostra estudada classificou 19 (70,4%) dos pacientes com alto risco de desenvolver UP, 8 (29,6%) com risco moderado e não foram encontrados escores relacionados ao baixo risco de desenvolver a lesão. Em relação aos pacientes que não apresentaram UP, 27 (56,2%) foram classificados com alto risco, 13 (27,1%) com risco moderado e 8 (16,7%) com baixo risco de desenvolver UP.

Os resultados obtidos sugerem que a escala de Braden deveria ser utilizada em todos os pacientes acamados durante a hospitalização, a fim de predizer aqueles com alto risco de desenvolver UP e, então, provê-los de cuidados intensivos apropriados, possibilitando intervenções profiláticas o mais precoce possível.

A recomendação de utilizar escalas, como a de Braden, para avaliação do risco de desenvolver UP é baseada em evidências científicas ou em entre consenso de especialistas e deve ser a base para uma prática de qualidade.²¹ O desafio atual é a implementação dessas evidências na prática.

CONCLUSÃO

Neste estudo, demonstrou-se uma ocorrência total de UP de 36% em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. Esse resultado sugere a

necessidade de treinamentos da equipe multidisciplinar dessa instituição em relação aos aspectos preventivos e curativos das úlceras por pressão.

Dentre os fatores de risco identificados neste estudo, destacam-se a idade avançada (a partir de 60 anos), o longo período de internação (a partir de 16 dias de hospitalização), a imobilidade e a incontinência anal e/ou urinária.

Esses achados reforçam a importância de que novos estudos epidemiológicos e de intervenção sejam elaborados para a prevenção de UP em populações sob risco de desenvolver essa ferida, sendo fundamental adotar medidas profiláticas adequadas, baseadas em evidências, principalmente durante o período de internação prolongado.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Definition and Etiology [internet]. United State of America. [Citado em 2008 jun. 20]. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pressureulcerdef.htm>>
2. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras por pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm.* 2008; 16(6): 973-8.
3. Fernandes LM, Caliri MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Enferm.* 2000; 19(2): 25-31.
4. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlcera de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *REME - Rev Min Enferm.* 2004; 8(2): 316-20.
5. Paranhos WY. Úlceras de pressão. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p.287-98.
6. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Barros Filho TEP. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. *Acta Ortop Bras.* 2005; 13(3): 124-33.
7. Nogueira PC, Caliri MHL, Santos CB. Úlcera de pressão em lesado medular: risco e prevenção. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2002; 35: 14-23.
8. Camargo AS, Blanes L, Cavalcante NJF. Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de infectologia. *Rev Estima.* 2007; 5(2): 32-6.
9. Blanes L, Duarte IS, Calil JÁ, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras de pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Assoc Méd Bras.* 2004; 50(2): 182-7.
10. Sousa DMST, Santos VLGC. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Latinoam Enferm.* 2007; 15(5): 77-84.
11. Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. *Feridas: como tratar.* 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
12. Rogenski NMB, Santos VLGC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(4): 474-80.
13. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3): 279-84.
14. Iron G. *Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 119-43.
15. Bergstrom N, Demuth PJ, Braden BJ. A clinical trial of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Clin North Am.* 1987; 22(2): 417-27.
16. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987; 36(4): 205-10.
17. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing Junior H. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Méd Bras.* 2007; 53(4): 300-4.
18. Caliri MHL, Pierper B, Cardozo LJ. Úlcera de pressão. In: *Development of Distance Learning Modules about Chronic Wound Prevention and Treatment in Brazil, 2001-2002.* [Citado em 2008 jun. 20]. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/projetos/ferida/upressao.htm>>
19. Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2): 143-50.
20. Póvoa VCO, Davtas SRPE. Incidência de úlceras por pressão em um centro de terapia intensiva. *Rev Estima.* 2008; 6(2): 23-7.
21. Barros SKSA, Anami EHT, Elias ACGP, Hashimoto MLY, Tsuda MS, Dorta PO. Aplicação de protocolos para prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Semina Cien Biol Saúde.* 2005; 23: 25-32.

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

PROFILE OF PREGNANT WOMEN ATTENDING THE PRENATAL SERVICE OF THE BASIC UNITS OF HEALTH OF FORTALEZA-CE

PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS PRENATALES DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE FORTALEZA-CE

Catharina Rocha Peixoto¹
Thais Marques Lima²
Camila Chaves da Costa²
Lydia Vieira Freitas³
Amanda Souza de Oliveira⁴
Ana Kelve de Castro Damasceno⁵

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa caracterizar as gestantes usuárias do serviço de pré-natal nos Centros de Saúde da Família (CSFs) da cidade de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, o qual foi realizado em seis CSFs no período de agosto a outubro de 2009, tendo como população 310 gestantes. As gestantes, em sua maioria, tinham entre 20 e 34 anos (67,5%); possuíam renda de até um salário mínimo (90,9%); vivenciaram a menarca entre 9 e 13 anos (71,6%); iniciaram a vida sexual entre 11 e 19 anos (88,4%); tiveram de 2 a 5 parceiros sexuais (54,6%); negaram a realização de tratamento prévio para IST (66,1%); e não realizaram o exame preventivo durante a gestação (82,9%). Encontrou-se relação estatística significativa entre a idade da menarca e a idade da sexarca, bem como entre o número de parceiros sexuais e a idade delas. Concluiu-se que as gestantes possuem peculiaridades que devem ser destacadas no momento das consultas de pré-natal. Com base no conhecimento do perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na realização de atividades educativas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

Palavras-chaves: Cuidado Pré-Natal; Gravidez; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at characterizing pregnant women treated at the antenatal care service of the Family Health Care Centre (in Portuguese, CSF) in the city of Fortaleza. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study carried out in six CSFs, from August to October 2009, with 310 pregnant women. The results revealed that 67.5% were aged between 20 to 34 years; 90.9% had a monthly income up to one minimum wage; 71.6% experienced menarche between the ages of 9 to 13; 88.4% had had their first sexual intercourse between the ages of 11 and 19; 54.6% had between 2 to 5 sexual partners; 66.1% were not previously treated for STIs; and 82.9% had not had a screening test performed during pregnancy. A statistically significant relationship between timing of menarche and the first sexual intercourse and between the number of sexual partners and age was observed. In conclusion pregnant women have peculiarities that should be taken into account at antenatal consultations. Information on these women's profile could aid health professionals to rethink actions directed to this target population, particularly in educational activities to maintain a healthy pregnancy.

Key words: Antenatal Care; Pregnancy; Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el servicio de atención prenatal de la mujer embarazada en el Centro de Salud Familiar (CSF) de la ciudad de Fortaleza. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo transversal que se realizó en seis CSF de agosto a octubre de 2009 con 310 mujeres embarazadas. Se encontró que 67,5% tenían entre 20 y 34 años; 90,9% contaban con un ingreso mensual de hasta un salario mínimo; 71,6% experimentaron la menarquía entre 9 y 13 años; 88,4% tuvieron la primera relación sexual entre 11 y 19 años; 54,6% tenían entre dos y cinco parejas sexuales; 66,1% no habían realizado el tratamiento previsto para ETS y 82,9% no había realizado la prueba preventiva durante el embarazo. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad de la menarquía y de la primera relación sexual al igual que entre el número de parejas sexuales y su edad. Se concluye que las mujeres embarazadas tienen particularidades que deben considerarse en el momento de la consulta prenatal. A partir del conocimiento del perfil de las mujeres embarazadas, profesionales de la salud pueden repensar acciones dirigidas a esta población objeto, sobre todo realizar actividades educativas que ayuden al desarrollo de un embarazo sano.

Palabras clave: Atención Prenatal; Embarazo; Enfermería.

¹ Enfermeira da Unimed de Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁴ Enfermeira. Integrante do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/Enfermagem/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna.

Endereço para correspondência – Avenida Sargento Herminio Sampaio, 2755. Apt 201, Bl N. Vila Ellery. CEP: 60320-504. Fortaleza-CE.

Email: milinha_ita@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A gestação, apesar de ser um processo fisiológico, gera mudanças de ordem física, psicológica e social na mulher. Tais alterações inerentes à gravidez e ao parto são influenciadas por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características socioeconômicas e culturais da população.¹ Portanto, a gestante necessita de acompanhamento qualificado para que intercorrências sejam evitadas e prevenidas. O início precoce do pré-natal e a regularidade das consultas são essenciais para garantir uma boa evolução da gravidez.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, estima-se que 73% da população feminina brasileira em idade fértil não possui plano de saúde ou convênio médico, destacando-se que a taxa de fecundidade total dessa população encontra-se em torno de 1,8 filho por mulher e que o acesso ao pré-natal tende a diminuir com o aumento do número de filhos.²

Nesse sentido, deve ser fornecida uma assistência pré-natal de qualidade que vise preservar a saúde da mulher e do conceito, bem como que favoreça a adesão às consultas de forma periódica, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas preexistentes, auxiliando na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.³

Diante do exposto, evidencia-se que as gestantes necessitam de acompanhamento qualificado para que as intercorrências nesse período sejam evitadas e prevenidas. Para isso, os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família devem estar cientes do perfil da clientela que irão atender, possibilitando o desenvolvimento de estratégias específicas e adequadas que garantam a efetividade do atendimento.

Em estudo realizado em hospital universitário do Rio de Janeiro que objetivava traçar o perfil epidemiológico das gestantes, encontrou-se que a maioria da população estudada concentrava-se na faixa etária de 19-25 anos (47; 39,8%), teve o início do ciclo menstrual entre 12-14 anos (73; 61,8%), com sexarca ocorrida entre 16-20 anos (64; 54,2%). Em relação aos métodos contraceptivos, grande parte (54; 45,7%) faz uso de anticoncepcionais hormonais orais e (47; 39,8%) não utiliza nenhum método. Com base nesse conhecimento, houve relatos de resultados positivos na ampliação de ações específicas para a população, por meio de trabalho consciente e criterioso, de acordo com a clientela específica atendida.¹

O principal papel dos profissionais envolvidos nesse atendimento é a escuta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações. É relevante que se efetuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais por meio de ações educativas, que facilitam a compreensão do processo gestacional, sendo o enfermeiro um desses prestadores de serviço a gestantes, principalmente no atendimento de baixo risco.⁴

Torna-se de fundamental, assim, identificar de forma adequada e precoce o perfil das pacientes, objetivando conhecer características que podem interferir na evolução natural da gestação, permitindo uma estruturação no acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde.

Diante disso, objetivou-se caracterizar as gestantes usuárias do serviço de pré-natal nos Centro de Saúde da Família (CSF) da cidade de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA

Este é tudo do tipo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado no período de agosto a outubro de 2009, em um CSF de Fortaleza-CE.

Dado o fato de Fortaleza ser administrativamente dividida em 6 Secretarias Executivas Regionais (SERs), foram selecionados 2 CSFs de cada regional, onde foram realizadas 5 visitas e entrevistadas as gestantes de acordo com a demanda do acompanhamento pré-natal de cada serviço de saúde, totalizando uma amostra de 310 gestantes nos 12 CSFs acompanhados.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, aplicado em uma entrevista individual com as gestantes, abordando características socioeconômicas, aspectos gineco-obstétricos e história da gestação atual. Os dados obtidos foram armazenados no programa *Excel for Windows* e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC), versão 17.0. Durante a análise dos dados, utilizou-se a estatística simples, com frequências absolutas e relativas, o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, considerando correlações estatisticamente significativas às que obtiveram $p < 0,05$.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as participantes do estudo.⁵ Este projeto foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado sob o Protocolo nº 242/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na TAB. 1, pode-se observar que a maioria das entrevistadas encontrava-se na faixa etária recomendada para gestar, ou seja, 20 a 34 anos (209; 67,5%), no entanto, vale ressaltar que a segunda faixa etária com maior porcentagem foi entre 13 e 19 anos (82; 26,5%), o que demonstra alto percentual de gestantes adolescentes, ultrapassando os 10% a 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁶

Corroborando o presente estudo, verificou-se, com base em uma pesquisa de campo realizada com 77 puérperas, a qual objetivava avaliar a assistência pré-

TABELA 1 – Distribuição das gestantes atendidas nos CSF segundo suas características sociodemográficas – Fortaleza-CE, ago/nov. 2009

| Variáveis (n=310) | F | % |
|---------------------------|-----|------|
| Idade | | |
| 13 a 19 anos | 82 | 26,5 |
| 20 a 34 anos | 209 | 67,5 |
| 35 a 42 anos | 19 | 6,0 |
| Ocupação | | |
| Estudante | 36 | 11,6 |
| Do lar | 181 | 58,4 |
| Trabalha (autônoma) | 33 | 10,6 |
| Trabalha (contratada) | 57 | 18,4 |
| Trabalha e estuda | 3 | 1,0 |
| Renda per capita | | |
| Sem renda | 3 | 1,0 |
| Até ½ salário mínimo | 187 | 60,3 |
| De ½ a 1 salário mínimo | 95 | 30,6 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 20 | 6,5 |
| De 2 a 3 salários mínimos | 2 | 0,6 |
| De 3 a 5 salários mínimos | 2 | 0,6 |
| Não sabe | 1 | 0,3 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeta | 3 | 1,0 |
| 1 a 4 anos de estudo | 30 | 9,7 |
| 5 a 8 anos de estudo | 115 | 37,1 |
| 9 a 12 anos de estudo | 146 | 47,0 |
| Mais de 12 anos de estudo | 16 | 5,2 |
| Estado civil | | |
| Casada | 65 | 21,0 |
| Solteira | 72 | 23,2 |
| União consensual | 170 | 54,8 |
| Divorciada | 2 | 0,6 |
| Viúva | 1 | 0,3 |

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

natal no município de Francisco Morato-SP, que as participantes, em sua maioria, eram jovens, sendo 26% de adolescentes.⁷ A gravidez no período da adolescência acarreta uma série de processos mórbidos tanto à saúde da mãe como à saúde do filho, tais como partos cesáreos, parto fórceps, ocorrência de trabalho de parto pré-termo, frequência aumentada de pré-eclâmpsia, dentre outros.⁸

Em relação à ocupação, a maioria das gestantes afirmou dedicar-se a cuidar do lar (181; 58,4%), refletindo na diminuição da renda familiar. Em contrapartida, essa característica favorece o aleitamento materno, pois a inserção da mulher no mercado de trabalho é considerada um dos motivos para o desmame precoce, tendo em vista que a licença-maternidade, geralmente, é de quatro meses, e as técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno não são largamente divulgadas e ensinadas às mães.⁹

Em relação à renda familiar, pode-se afirmar que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou renda de até um salário mínimo (282; 90,9%) e algumas relataram que não tinham nenhum tipo de renda (3; 1,0%), o que é considerado um fator de risco para o aparecimento de complicações durante a gravidez e de terem filhos com baixo peso ou prematuros.¹⁰

Quanto à escolaridade, predominou a faixa de 9 a 12 anos de estudo (146; 47,0%). O nível de instrução deve ser analisado durante a consulta pré-natal, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável, refletindo no cuidado com a família e com a gestação.

Pesquisa realizada em Cuiabá, relacionada a determinantes da amamentação no primeiro ano de vida, revela que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade inferior a 180 dias mostrou-se associada à baixa escolaridade da mãe, relação identificada também nos menores de 120 dias.¹¹

Os resultados sobre o estado civil das participantes foi bem diversificado, encontrando-se a maioria das gestantes (170; 54,8%) em união consensual.

Observou-se em um estudo do tipo caso-controle, com mães de nascidos vivos realizado em Londrina, que a variável “mãe que reside com o companheiro há no máximo dois anos” – o que se considerou união instável – foi entendida como um possível fator de insegurança da mãe e apresentou associação significativa com o nascimento pré-termo.¹²

Em relação à TAB. 2, pode-se verificar que a maioria das entrevistadas (222; 71,6%) apresentou a menarca na faixa etária entre 9 e 13 anos, havendo concordância com um estudo de revisão no qual se revela que os aspectos étnico-raciais, ambientais e econômicos influenciam na idade da menarca. A idade da menarca continua a diminuir tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo 12 anos a média da menarca no Brasil.¹³

Em relação à idade da sexarca, verificou-se que a primeira relação sexual estava ocorrendo precocemente, pois a maior parte das entrevistadas (274; 88,4%) relatou ter iniciado a vida sexual entre os 11 e 19 anos.

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade da menarca e a idade de ocorrência da sexarca das participantes do estudo ($r_{s=0,226}$; $p<0,001$). Com isso, pode-se afirmar que quanto mais tarde ocorre a menarca, mais tardiamente tende a ocorrer a sexarca. Esse é um dado preocupante, já que a menarca tem ocorrido cada vez mais cedo entre as adolescentes, podendo ocasionar relações sexuais precoces, que muitas vezes ocorrem de forma não planejada e desprovida dos cuidados necessários, acarretando uma gravidez precoce ou, ainda, a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis.¹⁴

TABELA 2 – Caracterização sexual das gestantes atendidas nos CSFs – Fortaleza-CE, ago./nov. 2009

| Variáveis (n=310) | F | % |
|---|-----|------|
| Idade da menarca | | |
| 9 a 13 anos | 222 | 71,6 |
| 14 a 18 anos | 86 | 27,8 |
| Não souberam responder | 2 | 0,6 |
| Idade da sexarca | | |
| 11 a 19 anos | 274 | 88,4 |
| 20 a 30 anos | 36 | 11,6 |
| Parceiro na sexarca | | |
| Marido | 46 | 14,8 |
| Namorado | 237 | 76,5 |
| Parceiro casual | 19 | 6,1 |
| Noivo | 08 | 2,6 |
| Número de parceiros sexuais na vida | | |
| 1 parceiro | 111 | 35,8 |
| 2 a 5 parceiros | 169 | 54,6 |
| 6 a 10 parceiros | 23 | 7,4 |
| Mais de 10 parceiros | 7 | 2,2 |
| Utilização de método contraceptivo | | |
| Sim | 238 | 76,8 |
| Não | 72 | 23,2 |
| Método contraceptivo utilizado (N=238) | | |
| Anticoncepcional oral | 116 | 48,7 |
| Camisinha | 65 | 27,3 |
| Injetável | 23 | 9,7 |
| Tabelinha | 02 | 0,8 |
| Laqueadura tubária | 01 | 0,4 |
| Associações entre métodos | 20 | 6,5 |
| Outros | 11 | 4,6 |
| Tratamento prévio para IST | | |
| Não | 205 | 66,1 |
| Sim | 105 | 33,9 |
| IST acometida (N=105) | | |
| Candidíase | 60 | 57,2 |
| Vaginose bacteriana | 20 | 19,1 |
| HPV / NIC | 10 | 9,6 |
| Tricomoníase | 6 | 5,6 |
| Outros | 1 | 0,9 |
| Mais de 01 IST | 8 | 7,6 |
| Não sabe | 2 | 1,9 |
| Exame preventivo prévio | | |
| Não | 60 | 19,4 |
| Sim | 250 | 80,6 |
| Realizou exame preventivo nesta gestação | | |
| Sim | 53 | 17,1 |
| Não | 257 | 82,9 |

Comprovando essas informações, neste estudo, também, encontrou-se significância estatística na relação existente entre a idade da menarca e a idade da primeira gestação ($r_{s=0,156}$; $p=0,006$) e entre a idade da sexarca e a idade da primeira gestação ($r_{s=0,716}$; $p<0,001$). Em um estudo sobre abortamento com 3.822 mulheres em 13 Estados brasileiros, a idade na primeira relação sexual destacou-se como um importante fator associado de forma independente ao relato de aborto induzido. Iniciar a vida sexual com 15 anos ou menos ou entre 16 e 17 anos aumentou significativamente a chance de relato de aborto induzido.¹⁵

Entre as entrevistadas, a maioria relatou ter iniciado a vida sexual com o namorado (237; 76,5%). Ressalte-se, ainda, que algumas mulheres (19; 6,1%) afirmaram ter tido a primeira relação com parceiro casual, o que, provavelmente, aumenta o risco de relações sexuais sem proteção e multiplicidade de parceiros.

Em relação à quantidade de parceiros sexuais na vida, a maior parte das mulheres (169; 54,6%) informou ter tido de 2 a 5 parceiros, destacando-se que houve relato de até 30 parceiros sexuais.

Nesse estudo, encontrou-se relação estatisticamente significativa entre o número de parceiros sexuais durante a vida da mulher e sua idade ($r_s=0,193$; $p=0,001$), de forma que isso pode sugerir a mudança de parceiros ao longo da vida dessas gestantes. Pode-se relacionar esse fato à ocorrência de múltiplos parceiros simultaneamente, o que é um significativo fator de risco para adquirir uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Em uma análise secundária sobre riscos para aborto induzido, observou-se que o número de parceiros sexuais surgiu fortemente associado à realização de abortos. Diante disso, mulheres que relataram ter tido três ou mais parceiros sexuais apresentaram uma proporção maior de aborto induzido comparativamente àquelas com apenas um parceiro sexual.¹⁵

A respeito da utilização de métodos contraceptivos, a maioria afirmou que usa algum tipo de método (238; 76,8%), de forma que entre as que o utilizavam, boa parte citou o anticoncepcional oral combinado (ACO) (116; 48,6%) e outras mulheres faziam associação entre os métodos contraceptivos (20; 6,5%), dentre os quais os anticoncepcionais injetáveis predominaram como uma das partes da associação, havendo casos em que estes estavam associados à camisinha e/ou ao ACO.

Em uma pesquisa com universitários em São Paulo, observou-se que o método contraceptivo mais frequentemente utilizado foi o preservativo masculino, porém não foi utilizado como método único, associando-o a outros métodos, tais como o ACO, fato que demonstra a preocupação tanto com a gravidez indesejada quanto com as IST.¹⁶

Em relação à realização de tratamento prévio para IST, a maioria das gestantes (205; 66,1%) referiu não ter realizado nenhum tratamento. Vale ressaltar que algumas das entrevistadas não tinham conhecimento

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

sobre o que seria esse tratamento. A mesma situação aplica-se ao tipo de IST acometida, pois surgiram vários relatos de tratamento sem o conhecimento da patologia, demonstrando a falta de comunicação entre profissional e paciente e a não participação ativa da paciente na promoção da sua saúde. Além disso, essa falta de informações fidedignas dificulta a realização de pesquisas semelhantes.

Dentre as mulheres que afirmaram história de IST anterior, a maioria não sabia o nome da patologia da qual foi acometida. Por isso, a classificação foi realizada pelos pesquisadores de acordo com a sintomatologia e tratamento referidos pela mulher.

Quanto à realização de exame preventivo Papanicolau prévio, grande parte das gestantes (250; 80,6%) já havia se submetido a ele. Tal resultado pode estar relacionado ao fácil acesso para a realização do exame ginecológico nos CSFs e incentivo por parte dos profissionais. Esse resultado corrobora um estudo realizado em São Luiz com 465 mulheres, onde 82,4% haviam realizado o exame preventivo alguma vez na vida.¹⁷

Em estudo realizado no Rio Grande do Norte observou-se como principais barreiras para a realização do exame citopatológico do colo uterino: o descuido, a falta de solicitação do exame pelo médico e a vergonha. Em contrapartida, o trabalho fora de casa, a frequência com que a mulher vai ao ginecologista, a paridade e a vida sexual ativa influenciam apenas na prática do exame.¹⁸

A respeito da realização do exame preventivo durante a atual gestação, a maioria (287; 82,9%) não o realizou. Esse fato pode estar relacionado ao possível medo das gestantes em submeter-se ao exame, por acreditar que há algum prejuízo para ela ou para o feto, tornando-se necessária a inserção de atividades educativas com as gestantes explicando a finalidade e o procedimento realizado durante a consulta pré-natal.

Constatou-se significância estatística entre a escolaridade das gestantes e o fato de elas já terem realizado o exame de prevenção do câncer cervicouterino alguma vez na vida ($\chi^2=14,774$; $p<0,001$), podendo-se inferir que quanto maior a escolaridade, maior a probabilidade de essa mulher ter realizado o exame de prevenção do câncer do colo uterino pelo menos uma vez na vida. Entretanto, não houve relação entre a escolaridade e a realização do exame durante a gestação ($\chi^2=2,566$; $p=0,109$), fato que pode estar relacionado à cultura errônea de que gestantes não podem realizar o exame, dado o risco de aborto ou parto prematuro.

Com base na TAB. 3, pode-se inferir que a maioria das gestantes entrevistadas (268; 86,5%) teve de uma a três gestações, destacando-se que 137 (44,2%) mulheres eram primigestas e uma entrevistada relatou 11 gestações.

Em 1970, a média de filhos por mulher brasileira em período fértil era de 5,8 e diminuiu para 1,8 em 2006, resultando em uma redução de 4 filhos por mulher. No período de 1970 a 2006, as taxas específicas de fecundidade, por grupos de idade das mulheres no período reprodutivo, diminuíram acentuadamente,

TABELA 3 – Caracterização dos antecedentes obstétricos das gestantes atendidas nos CSFs – Fortaleza-CE, ago/nov. 2009

| Variáveis (N=310) | F | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Número de gestações | | |
| 1 a 3 | 268 | 86,5 |
| 4 a 7 | 41 | 13,2 |
| Mais de 7 | 1 | 0,3 |
| Número de partos | | |
| Nenhum parto | 161 | 51,9 |
| 1 a 3 | 140 | 45,1 |
| 4 a 7 | 8 | 2,5 |
| Mais de 7 | 1 | 0,3 |
| Número de abortos | | |
| 1 aborto | 55 | 17,7 |
| 2 ou 3 abortos | 7 | 2,3 |
| Nenhum aborto | 248 | 80,0 |
| Idade da primeira gestação | | |
| 13 a 19 anos | 174 | 56,1 |
| 20 a 29 anos | 123 | 39,7 |
| 30 a 37 anos | 13 | 4,2 |
| Amamentou anteriormente | | |
| Sim | 140 | 45,1 |
| Não | 11 | 3,5 |
| Não tem outros filhos | 159 | 51,2 |
| Tempo de amamentação (n=140) | | |
| 0 a 3 meses | 25 | 7,9 |
| 4 a 6 meses | 32 | 22,8 |
| 7 a 12 meses | 27 | 19,2 |
| 13 a 24 meses | 34 | 24,2 |
| Mais de 24 meses | 22 | 15,7 |

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos, com queda de mais de 70%. O único grupo que teve aumento da taxa específica de fecundidade nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade.¹⁹

Neste estudo, não se encontrou significância estatística entre o número de gestações e a idade da sexarca ($r_s=0,097$; $p=0,087$), contudo, existe uma tendência de relação inversa entre essas duas variáveis, de forma que quanto mais cedo a mulher inicia sua vida sexual, mais gestações ela poderá vivenciar, o que demonstra a necessidade de estudos posteriores para investigar essa relação.

Pode-se afirmar, no entanto, que existe uma correlação direta entre o número de parceiros que essa mulher possuiu na vida e o número de gestações ($r_s=0,118$; $p=0,038$). Isso gera uma inquietação, visto que ao mesmo tempo em que estão expostas ao risco de gravidez, sendo esta planejada ou não, estão expostas ao risco de contrair doenças, principalmente com múltiplos parceiros, simultâneos ou não.

Dentre as entrevistadas, houve relatos de um a três abortos (62; 20,0%). Sobre abortos espontâneos, parte das mulheres (49; 15,8%) afirmou interrupção natural de uma a três gestações, havendo concordância com um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em que a prevalência de abortos espontâneos das mulheres entrevistadas (n=412) foi de 17,7%.²⁰ Quanto aos abortos provocados, algumas mulheres (15; 4,8%) assumiram a utilização de algum método abortivo, no entanto, existe possibilidade de falta de sinceridade das participantes em afirmar a provocação do aborto e até mesmo da menção do assunto, dada a polêmica que esse tema acarreta.

Encontrou-se significância estatística entre o número de parceiros sexuais na vida da mulher e o número de abortos que esta sofreu ($r_s=0,128$; $p=0,024$) e, ainda, com o número de abortos provocados ($r_s=0,147$; $p=0,010$). Pode-se inferir, portanto, que quanto maior o número de parceiros sexuais na vida das mulheres que participaram deste estudo, maior a chance de esta ter sofrido um aborto e de este ter sido intencional.

Em uma pesquisa realizada no Espírito Santo com 83 mulheres atendidas em uma maternidade pública, foram identificados como principais motivos que levaram à indução do abortamento: falta de condições financeiras, falta de apoio do pai do conceito, ter uma relação conjugal instável, limitação da prole, medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, medo da família e não querer a criança.²¹

Em relação ao número de partos normais e cesáreos, a maioria parte das gestantes que têm história de partos anteriores referiu partos normais, totalizando 109 (35,1%) mulheres. Em 1997, os partos cesáreos equivaliam a 40,0% do total de partos. As menores proporções de nascimentos realizados por parto cesáreo foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste, 32,1% e 25,3%, respectivamente. Esses resultados contrariam a recomendação da OMS de que os partos cesáreos não ultrapassem 15% do total de nascimentos.²²

Quando questionadas sobre a idade na primeira gestação, a maioria das entrevistadas (174; 56,1%) respondeu que engravidaram pela primeira vez durante a adolescência. Fato condizente com o estudo realizado em São Paulo, no qual se encontrou que das 4.108 internações no centro obstétrico do hospital, 24,4% eram adolescentes. Esse fato demonstra uma iniciação sexual cada vez mais precoce e um número estorrecedor de gravidez na adolescência.²³

Em relação ao aleitamento materno, as gestantes foram questionadas sobre a prática da amamentação em suas experiências anteriores, e apenas 11 mulheres (3,5%) referiram não ter amamentado. As gestantes que referiram ter amamentado (140; 45,1%) foram questionadas a respeito do tempo, e a maioria (34; 24,2%) afirmou ter amamentado de 13 a 24 meses, estando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Por meio da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (PESN), verificou-se que em 15 anos a duração mediana do aleitamento total duplicou de 89 dias em 1991 para 183 dias em 2006. No mesmo período, o aleitamento materno exclusivo aos seis meses aumentou de 1,9% para 8,5%.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseando-se neste estudo, tornou-se possível reconhecer as características sexuais e obstétricas das gestantes, identificando fatores de risco no processo de gestar e intercorrências que podem ser evitadas ou tratadas. Pode-se inferir, também, que as gestantes acompanhadas nos CSFs possuíam perfil de mulheres jovens, com baixa renda, com escolaridade relativamente alta, não exerciam atividade remunerada e viviam em união consensual.

Em relação à caracterização sexual dessas mulheres, destaque-se que a menarca e a sexarca ocorreram precocemente, havendo, ainda, relação estatisticamente significativa entre a idade da menarca e a idade da sexarca; assim, quanto mais cedo ocorre a menarca, mais precocemente tende a ocorrer a sexarca. As mulheres possuíam parceiros múltiplos e casuais, sendo encontrada também associação estatística entre idade da mulher e os números de parceiros durante a vida. As gestantes utilizavam métodos contraceptivos, com a predominância do anticoncepcional oral combinado (ACO), camisinha e associações com o anticoncepcional injetável. Verificou-se a presença de IST, inclusive em associações, e uma significativa parcela de mulheres que nunca se submeteu ao exame ginecológico preventivo.

Conclui-se que as gestantes possuem peculiaridades que devem ser destacadas no momento das consultas de pré-natal. Conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na perspectiva de atividades educativas individuais e coletivas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

REFERÊNCIAS

1. Spindola T, Penna GHL, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2008. [Citado em 2008 ago. 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1215&id_pagina=1>.
3. Grangeiro GR, Diogenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1).

4. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2): 312-20.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2):15-25.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Barbosa M, Fernandes R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies: a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(3).
8. Lizarelli PM, Patta MC, Rodrigues R, Berezowski A, Duarte G. Resultados perinatais e maternos de gestantes adolescentes. *RBM*. 2009; 66(5).
9. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*. 2008; 32(4).
10. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2157-66.
11. Franca GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5).
12. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10).
13. Carvalho WRG, Farias ES, Guerra Júnior G. A idade da menarca está diminuindo? *Rev Paul Pediatr*. 2007; 25(1).
14. Spindola T, Silva LFF. Epidemiologist profile of teenagers at consultation in the pre-birth department of an university hospital. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):99-107.
15. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4).
16. Alves AS, Lopes MHBM. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2).
17. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(3).
18. Fernandes JV. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Noguez PT, Muccillo-Baisch AL, Cezar-Vaz MR, Soares MCF. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande-RS. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3).
21. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra-ES. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4).
22. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
23. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Laranjeira RGR. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1).
24. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):240-8.

DESAFIOS DA POLÍTICA, DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS

MANAGEMENT, ASSISTANCE AND POLICY CHALLENGES FOR HEALTH PROMOTION IN THE DAILY PRACTICES

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS COTIDIANOS: RETOS DE LA POLÍTICA, DE LA GESTIÓN Y DE LA ASISTENCIA

Kênia Lara Silva¹
Roseni Rosângela de Sena²
Clarissa Terenzi Seixas³
Maria Elizabeth Oliveira Silva⁴
Laís Aparecida Melo Freire⁵

RESUMO

Neste estudo, são analisadas as políticas públicas de promoção da saúde e sua repercussão na gestão distrital e local, com foco nas ações de promoção da saúde no cotidiano das práticas na rede básica de saúde. Este estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado nos municípios de Belo Horizonte e Contagem-MG. Para a coleta dos dados, foram utilizadas a análise documental e entrevistas com gestores, profissionais da atenção básica e usuários e acompanhamento de práticas bem-sucedidas de promoção da saúde, reconhecidas e indicadas pelos profissionais nos serviços nos quais atuam. Os resultados revelam que, no cotidiano dos serviços, as iniciativas de promoção da saúde são incipientes e se sustentam em concepções que as aproximam da visão de negação da doença. É significativa a distância entre a definição das políticas e a intencionalidade dos gestores de saúde no que se refere à promoção da saúde e às práticas cotidianas de gestão, assistência, participação e controle social dos serviços. A articulação intersetorial, condição para a promoção da saúde, é incipiente e representa um desafio. Conclui-se que a promoção da saúde constitui uma agenda com descontinuidades. Daí a necessidade de ações estratégicas intersetoriais para sua efetivação, por meio das articulações que se estabelecem na política, na gestão e nas práticas profissionais.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aims at analyzing health promotion policies and their impact on local and district management. It focuses on the daily actions in health promotion in primary healthcare centers. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach carried out in the municipalities of Belo Horizonte and Contagem, Minas Gerais. Data collection tools included document review and interviews with managers, primary healthcare professionals and users, as well as the following up of health promotion practices recommended by the professionals. Results demonstrate that initiatives for health promotion are incipient and based on conceptions that associate it with the denial of illness. There is a significant gap between definition of policies and the health managers' intentions with regards to health promotion, management practices, care, social participation and services control. Although it is an essential condition for health promotion, intersectional articulation is still incipient and represents a challenge. To conclude, health promotion remains a discontinuous agenda. Strategic intersectional actions that articulate policies, management and professional practices are essential for its implementation.

Keywords: Health Promotion, Unified Health System, Health Management, Health policy.

RESUMEN

El presente estudio analiza las políticas públicas de salud y su impacto en la gestión local y distrital. Enfoca las acciones de promoción de la salud en las prácticas cotidianas del sistema básico de salud. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en las ciudades de Belo Horizonte y Contagem, Estado de Minas Gerais. La recogida de datos incluyó análisis de documentos y entrevistas a gestores, profesionales de la atención básica y usuarios y el seguimiento de prácticas de promoción de la salud reconocidas y recomendadas por los profesionales. Los resultados revelan que, en los servicios cotidianos, las iniciativas de promoción de la salud son incipientes y se basan en conceptos que las acercan a la idea de negación de la enfermedad. La brecha entre la definición de las políticas y la intención de los gestores es grande en cuanto a la promoción de la salud y las prácticas cotidianas de gestión, asistencia, participación y control social de los servicios. La articulación intersectorial, condición para la promoción de la salud, es incipiente y representa un reto. Se concluye que la promoción de la salud es una agenda discontinua y que, para su implementación, se precisan acciones estratégicas intersectoriales que articulen política, gestión y prácticas profesionales.

Palabras clave: Promoción de la salud, Sistema Único de Salud, Gestión en Salud, Políticas Públicas de Salud.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Sociologia da Université Paris Descartes, França.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da PUC Minas

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência – Rua Furtado Nunes, 131/101, Padre Eustáquio. Belo Horizonte/MG. CEP: 30730-090. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Neste artigo, são apresentados resultados da pesquisa "Promoção da Saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo tecnoassistencial em saúde", desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A política, a gestão, a assistência e o controle social são componentes do quadrilátero necessário para a conformação do modelo tecnoassistencial.¹ Esses quatro campos foram, ao longo da história das políticas públicas de saúde no Brasil, terreno de avanços e retrocessos, dados os interesses diversos no processo de construção de um sistema de saúde público democrático e de qualidade.²

No Brasil, na segunda metade da década de 1970, existia um descontentamento com relação ao modelo médico-assistencial privatista com financiamento estatal do setor, privatização dos serviços de atenção médica, conformação de um complexo médico-industrial, de investimento de capitais internacionais e da chamada universalização excludente. É nesse contexto que forças sociais, impulsionadas por debates sobre a inadequação do modelo assistencial em vigor às necessidades de saúde da população brasileira, dão início ao movimento de democratização do setor saúde, o que possibilitou a configuração da Reforma Sanitária brasileira e contribuiu para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).^{3,4}

O movimento adotou o conceito ampliado de saúde, rompendo com a abordagem tradicional que a traduzia somente em oferta de serviços, buscando superar o conceito de saúde como ausência de doenças, para concebê-la como produção social inerente aos modos de nascer, viver, trabalhar e morrer nas sociedades.⁵ A saúde passou a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações.⁶

A promulgação da Lei nº 8.080, de 1990, regulamentou e definiu o marco operacional do SUS, que teve como um de seus eixos organizativos a municipalização dos serviços de saúde e a articulação entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal.⁷ A Lei nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.⁸

A descentralização regulamentada pelas Leis Orgânicas da saúde foi um mecanismo político, administrativo e financeiro que rompeu com a tradição do planejamento centralizado no governo federal, transferindo poder, responsabilidades e recursos para os governos estaduais e municipais, permitindo aos municípios o planejamento em saúde, orientado pelas especificidades de suas realidades.⁹

No entanto, apesar do avanço que representou o processo de municipalização, de descentralização e do reconhecimento da autonomia de gestão dos municípios, a realidade da saúde no País ainda é marcada por decisões unilaterais e verticalizadas que, frequentemente, desconsideram a realidade dos municípios e estados. Assim, predominam as políticas nacionais, definidas na esfera federal, acarretando relativa uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional.²

No campo da organização dos serviços, busca-se superar aqueles com ações de caráter emergencial, dirigidas aos grupos vulneráveis da população e que se sustentam em políticas públicas de cunho compensatório e descontínuo, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos.⁶

Na reordenação do sistema de saúde, porém, permanece o desafio de implantar novas formas de atenção em que promoção da saúde e prevenção de agravos sejam atividades prioritárias. Prevalecem práticas que privilegiam o atendimento individual, com enfoque na doença e na relação queixa-conduta, com verticalidade na abordagem à saúde, massificação de condutas com uma visão reduzida do processo saúde doença e com foco na doença coletiva.^{2,10}

Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como uma possibilidade para a transformação do modelo tecnoassistencial em saúde, incorporando novos elementos nos domínios da política, da gestão, da assistência e do controle social.

No campo da formulação política e da gestão, a promoção da saúde pressupõe um movimento de construção de políticas públicas capazes de articular diferentes setores sob uma orientação que leve em conta a complexidade inerente a problemas com múltiplas determinações. Pressupõe integração e articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados em situações complexas, visando ao enfrentamento dos problemas de saúde e sua resolução. Considera-se, nesse campo conceitual, a articulação entre políticas públicas para subsidiar o enfrentamento das situações complexas da produção social da saúde.¹¹

Contudo, política e gestão enfrentam o desafio da articulação própria do federalismo brasileiro, dada a permanente tensão entre políticas governamentais nas áreas econômicas e sociais na definição do destino do financiamento, da gestão descentralizada na provisão de serviços públicos, constituindo um entrave à incorporação da promoção da saúde.¹² Consequentemente, setorialização e focalização passam a constituir características centrais na definição de políticas públicas.

* Projeto financiado pelo Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS), em parceria com a Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCIT) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, sob processo nº EDT 3239/06.

No campo da assistência e do controle social, entende-se a promoção da saúde como possibilidade de estruturar ações que permitam um conceito ampliado de saúde, entendendo-a como um recurso para a vida, construída pelas pessoas em seu dia a dia, no cuidado de cada pessoa consigo mesma e com os outros e, por isso, dependente de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais.¹³ O conceito remete à noção de que produzir saúde é permitir que sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia e estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem.¹⁴

É fundamental reconhecer que as ações estratégicas de promoção da saúde devem efetivar-se a partir das articulações da política, da gestão, das práticas assistenciais e das relações com a população com enfoque interinstitucional e intersetorial. Desse modo, a intersetorialidade torna-se fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, ao permitir aos diferentes setores pensar a complexa questão da saúde e se corresponsabilizarem por sua garantia como direito fundamental do cidadão. Esse processo permite a ampliação das capacidades de análise e a transformação dos modos de intervir na saúde.

Na reorientação do sistema de saúde, questiona-se o que de fato foi possível avançar no processo de partilhamento de responsabilidades entre as entidades governamentais na condução da política de promoção da saúde. Como as políticas definidas na esfera municipal são efetivadas nas práticas locais de gestão e de atenção da rede básica de serviços de saúde? Que desafios se opõem à articulação dos diferentes âmbitos de governo no que se refere à gestão para a promoção da saúde?

Diante dessa problemática, o objetivo com o estudo foi analisar as políticas públicas de promoção da saúde no âmbito municipal e sua articulação nos âmbitos estadual e federal, as concepções de promoção presentes nos planos municipais de saúde e nas políticas estadual e municipal, bem como sua repercussão na gestão distrital e local. Também foi foco de análise a concretização das ações de promoção da saúde no cotidiano das práticas, na rede básica de saúde.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, orientado pela concepção teórico-metodológica da dialética. As questões éticas foram observadas em todas as etapas da pesquisa, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer nº 463/06, em 13 de fevereiro de 2007. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar a coleta de dados.

O cenário do estudo foi constituído pelos municípios de Belo Horizonte e Contagem, em Minas Gerais. Os

dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado. Foram entrevistados um formulador de políticas de saúde no âmbito estadual e dois dirigentes do âmbito municipal nos cenários da pesquisa. Entrevistou-se, ainda, um informante-chave indicado pelo gestor municipal de um dos cenários que ocupa uma posição estratégica de assessoria para a intersetorialidade no município.

Aos formuladores de políticas do âmbito municipal foi solicitada a indicação de experiências de promoção da saúde no âmbito distrital. Os gerentes dos distritos indicados em cada município foram entrevistados e indicaram uma unidade local de saúde com práticas de promoção da saúde que, na opinião deles, fossem bem-sucedidas. Essas práticas foram tomadas como “casos traçadores” no estudo.

Casos traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (por exemplo, marcadores biológicos, marcadores clínicos) como em estudos qualitativos em ciências sociais, políticas, educação e saúde.¹⁵ Tais casos podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente (como marcadores para analisar processos de cuidado, de mudança ou educacional).¹⁶

Nesta pesquisa, foram utilizados casos traçadores como exemplos de práticas de promoção da saúde indicadas pelos gestores e profissionais participantes do estudo. O caráter de caso traçador foi determinado por características como o fato de ser uma situação de sucesso – “boa prática” – que prescindia da atuação intersetorial para sua ocorrência e marcava a equipe em sua atuação. Permitiu, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão mediante a reconstituição de um caso, possibilitando a captação, a interpretação e o aprofundamento do objeto de investigação *in loco*. A análise do caso permitiu, também, examinar “em situação” as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, possibilitando, na cena concreta ou “em ato”, captar valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente seriam revelados em uma entrevista na qual os participantes falam sobre o “deve ser”.

Foram casos traçadores, no estudo, as práticas de Lian Gong, meditação, Reiki e grupos operativos de hipertensos realizadas nas unidades locais, cenários da pesquisa. A verificação *in loco* das práticas implicou a realização de entrevistas com sete profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois usuários dos serviços de saúde e um informante-chave, parceiro em uma prática de promoção da saúde na unidade local de saúde.

Para a coleta dos dados de fonte secundária, foram utilizados os recursos metodológicos da análise documental segundo as orientações de Lüdke & André,¹⁷ tendo como fonte documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, que definem políticas públicas de promoção da saúde e os planos municipais de saúde dos municípios cenário, assim como outros documentos indicados pelos entrevistados.

As entrevistas transcritas e os dados dos casos traçadores foram analisados apoiando-se nas proposições para análise de conteúdo apresentadas por Minayo.¹⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise temática orientou a construção de duas categorias empíricas: Promoção da saúde no cotidiano dos serviços: concepções, práticas e desafios; e Promoção da saúde como política pública: a decisão política e a gestão intersetorial.

Promoção da saúde no cotidiano dos serviços: concepções, práticas e desafios

A análise dos dados permitiu compreender os desafios para a incorporação das concepções e práticas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços, bem como reconhecer, no discurso dos entrevistados, que a promoção da saúde é expressa como um conceito amplo, envolvendo ações intersetoriais e interinstitucionais. Entretanto, no cotidiano dos serviços, as ações desenvolvidas e relatadas pelos entrevistados indicam uma concepção centrada no adoecimento e nos riscos de adoecer com uma abordagem coletiva da doença.

Em alguns discursos, a promoção da saúde é vista como um conjunto de ações em que se reconhece o estilo de vida dos usuários, enfatizando os aspectos do cotidiano no que se refere ao trabalho e descanso, e às relações na família e vizinhança. Expressam, assim, elementos que superam a visão de prevenção de agravos à saúde.

Pra definir promoção de saúde, você tem que pensar como você encara a saúde e a doença. Então claro que é dentro da definição do processo saúde-doença como você pensando a saúde, qualidade de vida e um processo multifatorial. Então promoção de saúde são práticas, são atividades que vão trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e aí melhorar uma série de fatores pra que vá mais pro lado da saúde e não pro outro lado. (Gerente de unidade local, município 1)

Bom, promoção pra mim é a gente tá abordando com a comunidade todos os fatores que podem tá participando do processo de adoecer, de maneira que a gente possa tá interrompendo essa cadeia que leva à doença. [...] A gente então discute, porque se pessoa não tem lazer, se a pessoa tá sobrecarregada de trabalho, de tensão, se o ambiente que ela vive é um ambiente com [...] favorável ao estresse, à violência. Então o jeito dela reagir a isso é a defesa. Então a gente aborda todo esse mecanismo do adoecer e onde é que a gente pode tá atuando pra que isso não se concretize. (Profissional de equipe de saúde da família, município 1)

De modo geral, os discursos revelam uma imprecisão conceitual sobre a temática da promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de agravos. Os entrevistados citam aspectos ou eixos que se relacionam com a promoção da saúde sem, de fato, precisarem o conceito.

Entre os elementos informados pelos entrevistados, os que se relacionam com a promoção referem-se aos aspectos relativos à ênfase no social, traduzida pelas ações comunitárias, participação social e política, com ênfase na intersetorialidade. A qualidade de vida é também apontada nos discursos como base do conceito ampliado de saúde. Prevalece um discurso que sinaliza a dualidade entre o conceito positivo de saúde e a negação da doença. Mas, ao se referirem às práticas consideradas bem-sucedidas no campo da promoção da saúde, os entrevistados tendem a retomar a noção biomédica e clínico-epidemiológica, ao revelarem uma noção de promoção da saúde relacionada à intervenção sobre o adoecimento ou os riscos de adoecer.

A análise dos dados permite inferir que a dificuldade de conceituar a promoção da saúde e exemplificar sua concretização está associada, em parte, ao modelo de formação profissional. Reforça-se, assim, que a mudança nos modelos de atenção exige “novos” profissionais de saúde ainda não disponíveis no mercado de trabalho, pois as mudanças não foram objeto dos processos de formação nas universidades que se voltaram para o abastecimento do mercado do especialista.^{1,19}

Essa dificuldade pode ocorrer, também, pelo fato de que a Política Nacional de Promoção da Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, tem seu enfoque no âmbito do controle de doenças crônicas não transmissíveis, na política de “controle de doenças”, podendo essa ser uma das causas, para a baixa prioridade e uma visão reducionista que contribui para manter a promoção da saúde restrita à prevenção de risco ou doenças.²⁰

No cotidiano dos serviços, os entrevistados vinculam a implementação local de práticas de promoção da saúde a ações de caráter coletivo e indicam, em especial, atividades como ginástica, acupuntura, grupos de relaxamento, dentre outras. É importante destacar que, embora citem atividades grupais, as práticas referidas se distinguem em concepção e metodologia daquelas em que os grupos se organizavam em torno de patologias específicas e se caracterizavam por ações reiterativas e tradicionais, ou seja, práticas nas quais os usuários são submetidos a ações que pregam a reprodução de tarefas e possuem caráter instrumental e pouco inovador.^{21,22}

Para os gestores entrevistados, as práticas de promoção da saúde, embora em alguns casos destinadas a grupos com patologias específicas, não constituíam, *a priori*, uma alternativa que buscava racionalizar o trabalho dos profissionais por meio da diminuição de consultas médicas e de enfermagem, mas como uma nova forma de fazer o trabalho em saúde, que proporciona mudanças nos aspectos psicossociais e na qualidade de vida. O trabalho de campo, com observação e entrevistas a usuários e profissionais vinculados às experiências consideradas bem-sucedidas de promoção da saúde nas unidades locais dos dois municípios cenário confirmam essa afirmativa.

Em um dos municípios cenário, os gestores indicaram as práticas integrativas da Medicina Tradicional Chinesa

(MTC), tais como Liang Gong, Reiki, Tai Chi Chuan e outras práticas relacionadas à medicina complementar (MC), tais como acupuntura, meditação, homeopatia, relaxamento e grupos de Unibiótica como experiências bem-sucedidas de promoção da saúde.

Esse resultado permite confirmar o atendimento ao proposto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), promulgada pelo Ministério da Saúde em 2006, que apresenta como um dos seus objetivos incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares no SUS na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde.²³

No outro município cenário, as experiências indicadas se relacionavam com a prática intersetorial, envolvendo parcerias no desenvolvimento de cursos de culinária por grupos de mulheres, reuniões de Conselhos de Saúde, caminhadas ecológicas, experiências de geração de trabalho e renda como iniciativas de promoção da saúde.

A análise das práticas de MTC e MC revelaram sua adoção como uma opção “inovadora” nos serviços de saúde, especialmente para a abordagem dos agravos crônicos à saúde, como hipertensão e diabetes. Tanto na fala dos profissionais que executam essas ações como na dos usuários, os benefícios implicam a melhora da qualidade de vida. Dentre elas, são destacadas a diminuição do consumo de medicamentos e de consultas médicas, melhora do humor, da autoestima, compromisso com o autocuidado e aumento da disposição para executar as atividades diárias:

Em relação ao Reiki, é uma medida de promoção à saúde. Ela age, ela atua no organismo como um todo. Então ela promove um bem-estar, promove harmonia, de uma maneira geral no seu organismo. É uma medida simples, não requer muito aparato, não implica alta tecnologia. É uma coisa que é bem possível de ser realizado. (Usuário de serviço de saúde, município 1)

Unibiótica prega, assim, muita alimentação natural, comer menos carne, mais verduras e tomar bastante água, principalmente na parte da manhã. E a ginástica, lá, é ginástica de solo e aeróbica, uma ginástica com música animada. (Usuário de serviço de saúde, município 1)

A análise do enfoque intersetorial das práticas descritas, no município cenário 2, permitiu evidenciar a promoção da saúde como opção viável e necessária para criar demandas de parcerias dos serviços de saúde com os equipamentos sociais existentes no território. Essa constatação se torna ainda mais evidente nos serviços que atendem populações com grande risco social, nas quais as práticas de promoção da saúde se revelaram estratégicas para superar as situações de desigualdades e iniquidades a que estão expostas tais populações, ampliando as parcerias estabelecidas:

Até porque, por ser uma comunidade muito carente, você acaba construindo parcerias locais. A gente tem parcerias, além desta questão da casa de apoio que

tem essas parcerias do ponto de vista de culinária. A gente tem também parcerias com a educação, que vai discutir principalmente a questão da exposição a DST/aids. (Gestor municipal, município 2)

Eu acho que a gente tem feito por onde, a gente tem pelo menos tentado, quando você trabalha com a questão de mediação de conflitos que é o Fica Vivo, que é do Estado [governo estadual] e que está aqui com parceria conosco e que você tem reunião com as mulheres do distrito e que elas têm uma abertura pra tá falando do dia a dia delas das agressões físicas ou não. Então eu acho que isso também é uma promoção pra saúde no emocional e no mental. (Gerente distrital, município 2)

Tem as atividades como ioga, ginástica, tem também uma série de atividades, de ações, artesanato, bordado, pintura. E tem também a Paróquia, onde tem a pastoral. Inclusive a gente, este ano mesmo que eu já agendei pra eu conhecer melhor o que eles oferecem, pra gente trabalhar junto, procurar ter uma parceria com o pessoal da Pastoral. E tem também uma associação, sindicato, uma associação sindical que algumas vezes oferece algumas atividades pra essas pessoas. (Gerente de unidade local, município 1)

Pode-se inferir que as práticas analisadas nos dois casos contribuem para a promoção da saúde. No caso das práticas de MTC e MC, evidencia-se o potencial desmedicalizante das ações nos serviços de saúde que reposicionam o sujeito/usuário como centro das ações.²⁴ Embora as experiências analisadas tenham como público-alvo, majoritariamente, pessoas portadoras de agravos crônicos, a ênfase nos grupos não se restringe ao adoecimento. Entretanto, não foram ainda capazes de criar um novo significado para o processo saúde-doença que rompa com a heteronomia e a medicalização.²⁴ Assim, o potencial para a promoção da saúde se limita à ampliação do enfoque para uma abordagem multifatorial, mas ainda tradicional, do processo saúde-doença, restrita ao campo da saúde e na perspectiva do indivíduo, sem incorporar as condições sociopolíticas dos sujeitos e das comunidades na reorientação de hábitos e comportamentos²⁵ e, portanto, que atendam ao proposto na PNPIC de promover o desenvolvimento sustentável de comunidades.²³

As práticas de grupos comunitários, analisadas no município cenário 2, apontam para uma nova concepção de saúde ao aproximá-la de seus determinantes. Ao incorporar trabalho, renda, participação social, educação e meio ambiente como fatores determinantes para a saúde, sinalizam a construção do paradigma da produção social da saúde. Entretanto, é preciso destacar que as práticas citadas referem-se a uma pequena parcela da população – aquela mais vulnerável nos territórios de atuação – na busca pelos serviços de saúde, o que também pode significar heteronomia e dependência das políticas sociais.¹¹

A amplitude e a complexidade das questões apresentadas nos dois casos analisados prescindem de uma gestão que consiga trabalhar de forma adequada os desafios para a implementação das práticas de promoção da

saúde no cotidiano dos serviços. Um dos entrevistados analisa esses desafios no âmbito da mudança do modelo assistencial centrado no médico para um modelo de vigilância à saúde. Refere-se, também, à necessidade de resgatar o conceito de cidadania:

Há vários desafios. Primeiro, a mudança do modelo assistencial, você sair do modelo médico centrado, de uma atenção demanda espontânea para um modelo de vigilância à saúde. [...] O segundo desafio é como os cidadãos entendem a saúde. Aqui a gente tem uma história de uma cidadania que foi construída meio às avessas. [...] As pessoas esperam do setor de saúde uma resposta à sua demanda individual numa prática de muito clientelismo, a cultura da dádiva impera. E a questão de promoção da saúde ela traz um outro conceito, que é o conceito da autonomia do usuário, do autocuidado[...]. E o terceiro desafio é a articulação de ações intersetoriais. (Gestor municipal, município 2)

Fica evidente a importância atribuída à participação dos usuários nas ações realizadas para reforçar a autonomia, a autoestima e o conhecimento dos usuários sobre o próprio corpo. Os entrevistados percebem como imprescindíveis, na construção da promoção da saúde, a necessidade de ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado à saúde:

Promover saúde é partilhar com todos os atores da sociedade, os parceiros públicos, os parceiros privados e, especialmente, a população, uma nova forma de ver a vida e ver a saúde. Então eu acho que é partilhar, promover a saúde é um partilhamento. Mas promover saúde também é uma consciência também de riscos... Às vezes as pessoas promotoras da saúde não gostam de falar de riscos, mas riscos existem... Riscos também são determinados. Então, a não culpabilização e a construção coletiva são fundamentais. (Coordenador de assessoria estratégica de intersetorialidade, município 1)

Com essa colocação, reforça-se que a saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, tampouco pelo setor saúde. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e outros.²⁶

Promoção da saúde como política pública: a decisão política e a gestão intersetorial

Os Planos de Saúde dos municípios cenário, instrumentos que definem as políticas de saúde adotadas nos municípios, indicam as ações de promoção da saúde como prioridade e reconhecem a atenção primária como locus privilegiado dessas ações de saúde.

Essa definição vai ao encontro da Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual se estabelecem o trabalho em conjunto com a sociedade civil organizada e a produção das ações de saúde de acordo com as

necessidades evidenciadas e vivenciadas pela população. Na Política Nacional de Promoção da Saúde ressaltam-se a promoção da qualidade de vida e a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes.²⁷

A análise das entrevistas confirma esse achado, ao revelar que os programas das Secretarias de Saúde dos municípios cenário, em sua maioria, são reproduções de programas nacionais e tendem a ser programas localizados e focais:

A promoção da saúde quanto a uma atitude, quanto a uma posição de fundo, de modo geral no SUS, ela ainda não está impregnada nem na gestão, nem nas equipes nem nas pessoas. A Secretaria da Saúde, a atual gestão, vem trabalhando com ações de promoção da saúde. Colocar na pauta, a questão da promoção, especificamente em relação à secretaria, fora o que é tradicional no SUS, que na avaliação da atual gestão que tem muito pouco impacto, mas que continua sendo feito no SUS, nos acordos de relação da secretaria com o Ministério, que são aquelas campanhas. Então se tem aí o Agita Minas foi por esses dias... (Gestor estadual)

Com o governo federal – eles de alguma maneira induziram – foi aprovada uma Política Nacional de Promoção da Saúde baseada em acordos internacionais, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis. Mas uma coisa da maior relevância para o quadro epidemiológico brasileiro: eles também estão financiando pontualmente algumas academias na cidade. [...] Tem uma discussão: qual o papel direto que a saúde deveria ter nisso? O nosso papel é mais estímulo e indução, e não de ação direta. Mas essa não é uma coisa resolvida, tanto que o Ministério está financiando academia. Mas, de qualquer maneira, a ideia é um pouco efeito demonstrativo pra estimular políticas nessa área. (Gestor municipal, município 1)

Bom... políticas de promoção à saúde, existe um eixo nacional do Ministério da Saúde que define as políticas. (Gestor municipal, município 2)

A análise permite afirmar, ainda, que as ações de promoção da saúde desenvolvidas no eixo da gestão ficam restritas ao nível central definido na Política Nacional de Promoção da Saúde e reproduzem estratégias numa relação vertical e centralizada. Sem negar a necessidade de um Estado indutor, articulador e agregador de condições estruturantes para a promoção da saúde no território, esse achado permite reafirmar o predomínio das políticas definidas na esfera federal, o que acarreta a uniformização da organização da atenção à saúde no País, desconsiderando as particularidades de cada Estado e de cada município.

Por outro lado, é preciso reconhecer que as definições da Política Nacional de Promoção da Saúde se apresentam como estratégia potente que coloca a promoção da saúde na agenda do financiamento das políticas públicas. Ao mesmo tempo, sinalizam o movimento da promoção da saúde, subsidiando as decisões políticas e gerenciais em saúde. Um dos municípios cenário tem investido em ações estratégicas para a promoção

da saúde, com financiamento externo e a elaboração de um programa de assessoria estratégica para a intersectorialidade, com a implementação de espaços para a prática de atividade física orientada e planejada. O programa é uma parceria das Secretarias Municipais de Saúde, Abastecimento, Esportes e Educação e oferece aulas gratuitas para homens e mulheres encaminhados pelos Centros de Saúde.²⁸

Os dados permitem reconhecer os avanços na organização da atenção básica com a ESF nos dois municípios cenário. Tais avanços são possibilidades de implementação das ações de promoção da saúde, quando comparados às práticas em unidades sem implementação da ESF. A análise dos documentos e das entrevistas com os gestores mostram que a opção pela ESF representa uma definição política que aciona elementos para a mudança do paradigma assistencial, porém se faz necessária a compreensão de que essas ações devem ultrapassar os limites da atenção básica e ocorrer em toda a rede de cuidados em saúde.

Em um dos cenários, a decisão política de inversão do modelo assistencial com a implementação em larga escala da ESF foi citada nas entrevistas como um fator que desencadeia a análise crítico-reflexiva sobre as ações de promoção da saúde no cotidiano dos serviços. Contudo, identifica-se, nos discursos dos profissionais do nível local, a expressão de uma prática que reitera o modelo tradicional centrado nos próprios profissionais e ainda com pouca capacidade de superar o modelo biomédico, curativista e preventivista.

As entrevistas com os gestores revelaram que, no âmbito da gestão distrital, há a manifestação da noção de território e do conceito ampliado de saúde como elementos constitutivos das estratégias de promoção da saúde e da qualidade de vida, construção que se efetiva na percepção dos entrevistados com a parceria de diversos setores, especialmente de Assistência Social, Habitação, Geração e Distribuição de Renda. A parceria é entendida, pelos entrevistados, como um potencializador das ações da saúde para fazer frente aos problemas socioeconômicos e culturais que afetam a produção da saúde pelos diferentes sujeitos.

A análise evidencia a dificuldade na realização das ações de promoção da saúde pela insuficiência de financiamento, reforçando que a promoção da saúde constitui uma agenda com descontinuidades. No setor saúde, os entrevistados apontam um direcionamento prioritário do financiamento para as ações de alta complexidade, para ações curativas e para os problemas de organização da rede de serviços. Desse modo, apesar de se reconhecer a importância das ações de promoção da saúde, não há direcionamento de discussões, planejamento e investimento para essas ações. Esse é um desafio importante para a consolidação das políticas de promoção da saúde.

Um dos entrevistados aponta como maior desafio para a promoção da saúde a concepção que perpassa as decisões dos gestores locais, que, muitas vezes,

não traduz a definição política do município. Essa afirmação mostra o distanciamento entre a decisão política e as práticas no nível local, o que contribui para a fragmentação do sistema de saúde e se reproduz no processo de trabalho dos profissionais.

Os gestores entrevistados indicam uma dificuldade em gerenciar os recursos escassos e diferenças na distribuição dos recursos financeiros entre as diversas secretarias que deveriam atuar intersectorialmente para a promoção da saúde:

O problema é que investimento ainda é um problema pra ele [o programa de promoção da saúde], sabe? Por causa disso que eu te falei: as políticas públicas, o financiamento, pra esporte, pra cultura, pra assistência social ainda é muito problemático. (Coordenador de assessoria estratégica de intersectorialidade, município 1)

Eu acho que mudar hábitos de vida não é uma questão individual, é uma questão social mesmo. Muda quem pode, não é só quem quer. Claro que tem gente que tá na mesma posição e não muda; e querer, por exemplo, ter acesso a alimento saudável barato, porque alimento saudável é mais caro do que o alimento não saudável. A prefeitura tem ações tipo ABC que são fundamentais pra dar acesso a verduras, frutas e legumes. Esta ação, sistemática por si, junto à indústria de alimentos, contra a indústria do tabaco, o município se ele tivesse articulação de políticas maiores também favorecia. Temos chão pra correr. Muito, muito chão... (Gestor municipal, município 1)

Os gestores relatam que entendem que o direcionamento do financiamento do setor para a promoção da saúde deveria ocorrer no sentido de induzir ações, e não no de ser a única fonte para as ações na área. Reforça-se, assim, a prática da intersectorialidade que se constrói nas ações locais, mas também no campo das decisões macropolíticas, incluindo o financiamento.

Outro ganho também é a percepção de que, isolada, nenhuma política pública vai dar conta sozinha das questões da população. A saúde não dá conta sozinha de promover a saúde, a educação não dá conta sozinha, a assistência também não dá. E essa intersectorialidade possibilita a gente entender que, isolada, nenhuma política vai dar conta dos problemas da comunidade. Tem que ser integrada. (Gerente distrital, município 1)

Foi possível perceber que os gestores entrevistados reconhecem a importância das parcerias e das articulações intersectoriais para a construção da promoção da saúde de modo a aumentar a capacidade dos serviços de saúde em atender à diversidade de situações em toda a sua complexidade, no cotidiano dos serviços. Reconhecem que a intersectorialidade representa um desafio para a construção de políticas públicas e para a gestão integrada do sistema de serviços sociais: saúde, educação, assistência social, entre os demais:

Hoje existe um projeto desenhado, eu acredito que ainda não tá na rede mesmo, com uma força de uma

proposta institucional, mas ele já é suficiente para levar a articulações intersetoriais, especialmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. Tem articulação com a Secretaria de Educação, tem articulação com a Secretaria de Esporte, pra se ir criando um modo de funcionamento na rede pra, do ponto de vista macro, e pra dentro, do ponto de vista na ação direta dos trabalhadores de saúde, e também das equipes, unidades de saúde, ir se desenhando instrumentos pra que esta política se insira como uma prática rotineira na rede. (Gestor municipal, município 1)

A compreensão da intersetorialidade é compartilhada entre todos os participantes da pesquisa que ocupam cargos de gestão, embora exista, entre os gestores distritais e locais e entre os profissionais da ESF, o entendimento de que as ações intersetoriais são efetivamente percebidas apenas na parceria saúde-educação, o que se soma à dificuldade de mobilização de agentes capazes de contribuir para a consolidação de políticas públicas sociais e em saúde.

Um dos gestores municipais reconhece que a articulação intersetorial vem ocorrendo no âmbito federal com a parceria entre diversos Ministérios, influenciada por um movimento internacional. Reconhece, ainda, que os mecanismos de diálogo e cooperação entre as instâncias estaduais e municipais são incipientes, apesar de estarem expressos, nos Planos de Saúde dos municípios cenário, como prioridade.

Assim, a análise permite constatar o distanciamento entre a formulação e a execução das políticas de promoção da saúde. Fica expressa, na análise dos dados, a insuficiência de mecanismos e indicadores de avaliação das práticas de promoção da saúde apontadas como inovadoras e bem-sucedidas, o que constitui um desafio para gestores e profissionais de saúde que procuram avaliar os resultados dessas práticas.²⁹ Apenas um profissional da ESF cita a avaliação dos usuários, mesmo sem sistematização, como estratégia que tem garantido a continuidade das ações de promoção da saúde no serviço.

Os gestores apontam a materialização e a capilarização das práticas bem-sucedidas já implementadas nos serviços como um desafio para a promoção da saúde. Revelam a necessidade de incorporação de novas concepções de saúde e de promoção da saúde, na gestão, nas práticas das equipes e nas dos usuários em relação aos serviços de saúde:

As equipes Saúde da Família e as Unidades de Saúde estão realizando inúmeras ações de promoção da saúde muito interessantes, muito diversificadas. Falta uma entrada institucional mais sistemática pra dar, inclusive, suporte ao trabalho destas equipes. (Gestor municipal, município 1)

Assim, pode-se indicar a distância entre a definição das políticas e a intencionalidade dos gestores de saúde dos dois municípios cenário, no que se refere à promoção da saúde e às práticas cotidianas de gestão, assistência,

participação e controle social dos serviços. Revelou-se o predomínio de ações sustentadas na concepção do modelo médico-centrado:

Olha, a gente percebe assim um enfoque mais da gestão mesmo. A gestão defende isso, acredita nisso, mas a assistência, a gente ainda tem uma dicotomia. A gestão quer, mas a assistência, o pessoal da assistência, não é todo mundo que acredita. Que seria até pra desafogar mesmo a assistência... a promoção da saúde vem pra desafogar esse 'boom' que a gente tem de consultas, consultas..., acolhimento, oitenta pessoas no acolhimento, noventa pessoas no acolhimento por dia numa unidade. A gente vê que a assistência ainda tem uma coisa, uma resistência de entender que a promoção da saúde desafogaria tudo isso. (Gerente distrital, município 1)

Os entrevistados reforçam a afirmação da incipiência da incorporação do referencial teórico e metodológico da promoção da saúde nas três esferas de governo, sendo mais evidente entre os profissionais da ESF, que, embora reconheçam a importância de tais ações, desconhecem a existência de uma política que as legitime. Assim, apesar de as ações de promoção da saúde terem sua importância reconhecida nas políticas públicas nas três esferas de gestão do sistema, ainda se apresentam mais no plano das intenções do que nas práticas de gestão e no cotidiano dos serviços.

Considera-se que a capacitação dos gestores e dos profissionais pode contribuir para a implementação de ações de promoção da saúde. Dentre as possibilidades, destaca-se a necessidade de discutir os mecanismos de gestão que garantam relações democráticas e flexíveis e que criem a possibilidade da intersetorialidade, da participação dos profissionais e dos usuários na gestão compartilhada e colegiada.

Pode-se afirmar que as ações estratégicas de promoção da saúde devem ocorrer por meio das articulações que se estabelecem na gerência, nas práticas assistenciais e na relação com a população. Essa análise reforça a importância do papel do gestor como agente de articulação que concretiza a política nas práticas de gestão, de assistência e de controle social. Ao mesmo tempo, evidencia iniciativas “interessantes” desenvolvidas no território, que podem ser tomadas como “boas práticas”, mas que não ganham visibilidade na gestão municipal nem na formulação das políticas. É preciso dar visibilidade e sustentabilidade às ações que se capilarizam em nível local.

Os dados indicam que, pela complexidade das ações de promoção da saúde e pela necessidade de implicação dos usuários, tais ações não podem ficar restritas ao campo da decisão política da gestão. Devem ser objeto de uma articulação em toda a Rede, com outros setores e com a população. A construção da promoção da saúde, logo, não pode ocorrer sem a devida articulação entre as faces do quadrilátero: política, gestão, assistência e controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram reconhecer que, no âmbito da gestão, a promoção da saúde se sustenta numa visão ampliada do conceito de saúde que incorpora as dimensões sociais em sua determinação. Entretanto, essa concepção não foi capaz, ainda, de influenciar a implementação de práticas que alterem o significado do processo saúde/doença para o sujeitos envolvidos e rompam com a medicalização social.

Assim, mesmo nas práticas analisadas como potencializadoras da promoção da saúde, prevalece o enfoque multifatorial sobre o adoecimento e os riscos de adoecer e poucos elementos que sinalizam para uma mudança de concepção que incorpore as condições sociopolíticas dos indivíduos e, sobretudo, das comunidades na reorientação de hábitos e comportamentos em saúde.

Os Planos Municipais de Saúde, instrumentos que definem as políticas de saúde adotadas no município, indicam ações de promoção da saúde e sua articulação nas três esferas de governo como prioridade. Essa definição, porém, não tem sido suficiente para garantir a implementação de práticas em saúde no sentido da articulação intersetorial e da construção de ações estratégicas de promoção da saúde. No cotidiano dos serviços, as ações de promoção da saúde são ainda incipientes e partem de iniciativas pontuais, de cada serviço ou profissional, não estando sistematizadas ou documentadas. Ocorrem sem apoio político-institucional nem financiamento específico,

ficando, assim, atreladas ao perfil do gerente ou dos profissionais do serviço, comprometendo a continuidade e a potencialidade das ações.

Pode-se afirmar que, para a efetivação da promoção da saúde no cotidiano dos serviços, são necessárias a reorganização do processo de trabalho, a capacitação e a formação dos profissionais nos aspectos políticos, conceituais e metodológicos da promoção da saúde.

Entende-se que as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que represente, em si, o exercício da cidadania, da capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

Conclui-se que tem sido incipiente a articulação entre política, gestão, assistência e controle social na consolidação das ações de promoção da saúde. Para ampliar a potencialidade do SUS, no campo da promoção da saúde, é necessário repensar os mecanismos que assegurem a continuidade das conquistas sociais, com propostas concretas na estruturação dos serviços.

Os achados da pesquisa indicam que esses são temas de relevância para os formuladores de políticas, para os gestores do SUS, em todas as esferas e para todos os atores implicados na construção democrática da saúde no País. Indicam, igualmente, que esses temas contribuem para uma agenda da promoção da saúde e da qualidade de vida como política pública na gestão integrada do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
2. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(18):489-506.
3. Fleury S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer G, Fleury S, Campos GWS. *Reforma Sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1988. p.195-207.
4. Teixeira SF, organizador. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.
5. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):743-52.
7. Brasil. Congresso Nacional. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. [Citado em 2010 fev. 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Citado em 2010 fev. 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>.
9. Silva AM. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil: décadas de 60 a 90*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1999. 21p. (mimeo)
10. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):294-9.
11. Silva KL, Sena RR. *Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Ribeiro PT. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):819-28.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 55-78.

15. Kessner DM, Kalk C, Singer J. Assessing health quality- a case for tracer. *N Engl J Med*. 1973; 288:189-94.
16. Hornby P, Symon G. Tracer studies. In: Symon G, Cassell C, editores. *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London: Sage Publications; 1994. p. 167-86.
17. Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EDU; 1986.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Souza FGM, Terra MG, Erdmann AL. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. *OBJN*. 2005; 4(3):1-6.
20. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008) *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(6):2305-16.
21. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2009; 12(3):293-301.
22. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *REME Rev Min Enferm*. 2011, 15(2):196-201.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008, 42(5):914-20.
25. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009, 25(8):1732-42.
26. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Cienc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):627-41.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
28. Turci MA, organizador. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: HMP Comunicação; 2008.
29. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Cienc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):605-15.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO

ANALYSIS OF NURSING NOTES ON PATIENTS' MEDICAL RECORDS IN A TEACHING HOSPITAL

ANÁLISIS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN REGISTROS MÉDICOS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Luana Nayara Maia Barral¹
Laís Helena Ramos²
Maria Aparecida Vieira³
Orlene Veloso Dias⁴
Luís Paulo Souza e Souza⁵

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi avaliar os registros efetuados pela equipe de enfermagem referentes à admissão de pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e documental, realizado na clínica médica de um hospital de ensino, em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008. A coleta foi realizada em 253 prontuários pela amostragem probabilística, tendo como instrumento roteiro construído com referenciais teóricos e legislação vigente. Os registros encontravam-se em conformidade com normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais: possuíam data (96,8%); hora (90,5%); letra legível (87,4%); identificação profissional completa (76,3%); ausência de espaço em branco (94,1%); ausência de comentário e rasuras (98%); informações não relacionadas ao cliente (0,4%); correções adequadas quanto a erros ortográficos (86,2%) e abreviaturas não padronizadas (5,1%). Foram observadas inadequações nos históricos de enfermagem/exame físicos, comprometendo a funcionalidade do registro como instrumento de comunicação. Espera-se, com este estudo, propiciar novas estratégias relativas à educação, monitoramento e avaliação sistematizada dos registros para melhoria da assistência.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem; Prontuários; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims at assessing nursing notes on patients' admission at the clinic of a Teaching Hospital in Montes Claros, State of Minas Gerais. It is a quantitative, descriptive and documentary study carried out from January to December 2008. Data collection was conducted in 253 medical records through probability sampling guided by theoretical references and the current legislation. The analyzed notes were in accordance with the standards of the Regional Nursing Council of Minas Gerais. The records conveyed date (96.8%), time (90.5%), in a legible handwriting (87.4%), a full professional identification (76.3%). There was absence of blank spaces (94.1%), comments or erasures (98%), and information unrelated to the client (0.4%). Misspellings were adequately corrected (86.2%) as well as nonstandard abbreviations (5.1%). There were gaps in the nursing notes and/or physical examination records that could jeopardize the medical record functioning as a communication tool. The present study is expected to provide new strategies on education, monitoring and the records systematized assessment to improve care.

Keywords: Medical Records; Nursing Notes; Nursing Staff.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo la evaluación de las notas de enfermería en el ingreso de los pacientes en la clínica médica de un hospital universitario de Montes Claros, Estado de Minas Gerais. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y documental realizado entre enero y diciembre de 2008. La recogida de datos fue realizada en 253 registros médicos por muestreo probabilístico guiado por referencias teóricas y de la legislación actual. Los resultados indican que las notas se encontraban en conformidad con las normas del Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais: 96,8% tenían fecha; 90,5% hora; 87,4% letra legible; 76,3% identificación profesional completa; 94,1% ausencia de espacios en blanco; 98% ausencia de comentarios y rasuras; 0,4% informaciones no relacionadas al cliente; 86,2% correcciones adecuadas en cuanto a errores ortográficos; 5,1% abreviaciones no estandarizadas. Hay deficiencias en las notas de enfermería y/o registros de exámenes físicos que podrían comprometer la función del expediente médico como herramienta de comunicación. Se espera que este estudio proporcione nuevas estrategias en materia de educación, seguimiento y evaluación sistemática de los registros para mejorar la atención.

Palabras clave: Registros médicos, notas de enfermería; personal de enfermería.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-SP, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

⁴ Enfermeira. Mestre em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

⁵ Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Unimontes. Membro do Grupo de Pesquisa de Enfermagem da Unimontes.

Endereço para correspondência – R. Santa Terezinha, 303, Todos os Santos – Montes Claros-MG Brasil. CEP: 39400-116. Tel. (38) 3223-2631.
E-mail: orlenedias@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem consistem em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano, considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem; e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem.¹

Por meio dos registros é possível estabelecer a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita a todos os membros da equipe de saúde informações sobre os problemas de saúde identificados, ações e resultados dos cuidados prestados.^{2,3}

Os registros de enfermagem são frequentemente realizados nos hospitais por toda a equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. É realizado no decorrer do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que indica um conjunto de ações executadas em face das necessidades da pessoa, da família ou da coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença, que demandam cuidado profissional. Sua documentação possibilita a análise do custo-benefício das ações e intervenções realizadas e evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.⁴ É organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de enfermagem, Implementação e processo de enfermagem, que constituem instrumentos para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).⁵

No Brasil, os registros de enfermagem vêm sendo considerados para pagamentos na assistência à saúde prestada ao cliente pela análise dos prontuários, garantindo justa cobrança e pagamento adequado.⁶ Constituem, ainda, importante instrumento, que deve ser consultado em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado.¹

Para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem em suas diferentes fases, o registro deve constar de impressos devidamente identificados com dados do paciente, com data e horário específicos, ser claro, objetivo, com identificação do autor, feito de forma legível, sem rasuras, fazer parte do prontuário do cliente e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria de enfermagem⁷.

Obedecendo aos requisitos ético-legais, a equipe de enfermagem deve realizar o Histórico de Enfermagem (HE), que deve conter: procedência do cliente, descrição

do acompanhante, condições de locomoção e condições gerais.^{8,9}

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Assim, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário.¹⁰ Entretanto, apesar das considerações sobre a importância dos aspectos legais e assistenciais, com muita frequência, os registros não contêm todas as informações necessárias que atendam aos requisitos ético-legais relativos ao processo de trabalho da enfermagem e da instituição.¹¹

Nessa perspectiva, é fundamental que se realizem pesquisas que identifiquem demandas de capacitação para aprimorar o trabalho de enfermagem.¹² O objetivo com este estudo foi avaliar os registros efetuados pela equipe de enfermagem referentes à admissão dos pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino, em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008, diante conformidades e não conformidades à luz da deliberação do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG), que regulamenta o Registro de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental, realizado na unidade de clínica médica de um hospital de ensino, localizado em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008. A coleta de dados ocorreu nos prontuários dos pacientes internados na referida clínica e que se encontravam no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) do Hospital.

No período de estudo, foram localizados 649 prontuários e, para determinar o tamanho da amostra, utilizou-se o método probabilístico pelo *software* Epi Info 6.0.

A amostra foi composta de 241 prontuários, com tolerância de 5% de erro, grau de confiança de 96% e proporção da característica de interesse na população de 0,5. Calculou-se a subamostragem, proporcional ao número de prontuários de cada mês de 2008 por fórmula própria, para melhor representação de todo o período em estudo, constituindo-se em amostragem aleatória estratificada.¹³ Isso possibilitou selecionar aleatoriamente os prontuários da lista previamente fornecida pelo Same, sendo avaliados 241.

O instrumento utilizado para a coleta de dados nos prontuários foi um formulário elaborado para esse fim, composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros, com base nas linhas gerais consideradas no referencial teórico e legislação referida.¹⁴ Anteriormente à sua aplicação, foi avaliado por especialistas e, após, por estudo piloto, cuja principal função foi testar o instrumento quanto a possíveis avarias e praticidade para validação.¹³ Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados do *software* SPSS 16.0 for Windows, que viabilizou a construção de tabelas e

gráficos, possibilitando a análise estatística descritiva, considerando a tendência e a variabilidade de cada variável.

Ressalte-se que o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros por meio do Parecer nº 1353/09, atendendo à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisados 253 registros de admissão de enfermagem nos 241 prontuários examinados de pacientes internados na clínica médica do hospital em questão. Verificou-se que os autores desses registros são: técnicos de enfermagem – 65,6% (166); profissionais não identificados – 16,6% (42); auxiliares de enfermagem – 11,5% (29); enfermeiros – 5,1% (13); e acadêmicos de enfermagem – 1,2% (3) (GRÁF. 1).

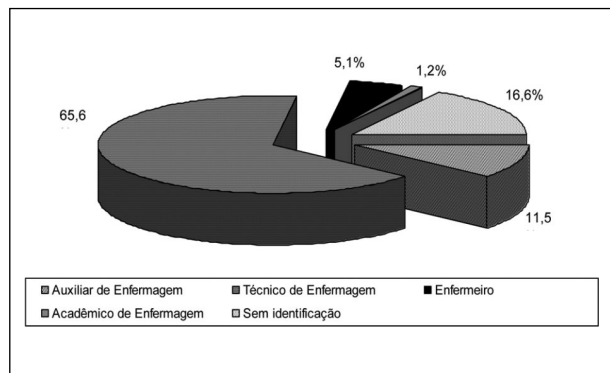


GRÁFICO 1 – Autores dos registros de admissão presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino – Montes Claros-MG, 2008

Fonte: Same, 2008.

Quanto ao sexo dos autores dos registros de admissão, observou-se que 55,7% (141) eram do sexo feminino, 36,4% (92) do masculino; e 7,9% (20) sem identificação, dada a ausência de assinatura e carimbo (TAB. 1).

Ao analisar a TAB. 1, verificou-se que 96,8% (245) das admissões de enfermagem foram datadas. Quanto à presença e/ou ausência de hora, em 90,5% (229) foi anotado o horário de sua realização. Os erros de redação nas anotações estavam presentes em 11,5% (29) prontuários, sendo que, dentre esses, 1,2% (3) das anotações teve dois erros no mesmo registro.

A categoria que apresentou maior percentual de erros de redação foi a de acadêmico de enfermagem, com 33,33% (1), e em 100% (13) registros analisados e realizados pelo profissional enfermeiro não houve erro. Apesar de os acadêmicos de enfermagem apresentarem maior percentual de erros de redação, esse foi corrigido adequadamente pela expressão recomendada pela deliberação específica do Coren.⁵

TABELA 1 – Frequência de conformidades e não conformidades dos itens avaliados nos registros de enfermagem presentes em prontuários de pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008

| Itens avaliados | Alternativas | n | % |
|---|--------------|-----|------|
| Data | Sim | 245 | 96,8 |
| | Não | 8 | 3,2 |
| Hora | Sim | 229 | 90,5 |
| | Não | 24 | 9,5 |
| Erro | Sim | 29 | 11,5 |
| | Não | 224 | 88,5 |
| Número de erros | Um | 25 | 9,9 |
| | Dois | 3 | 1,2 |
| | Nenhum | 225 | 88,9 |
| Espaço em branco | Sim | 15 | 5,9 |
| | Não | 238 | 94,1 |
| Comentário e/ou crítica | Sim | 5 | 2,0 |
| | Não | 248 | 98,0 |
| Letra ilegível | Sim | 221 | 87,4 |
| | Não | 32 | 12,6 |
| Palavra generalizada / evasiva | Sim | 225 | 88,9 |
| | Não | 28 | 11,1 |
| Abreviatura não padronizada | Sim | 13 | 5,1 |
| | Não | 240 | 94,9 |
| Informações não relacionadas diretamente com o cliente | Sim | 1 | 0,4 |
| | Não | 252 | 99,6 |
| Identificação profissional | Completa | 193 | 76,3 |
| | Incompleta | 48 | 19,0 |
| | Inexistente | 12 | 4,7 |
| Erro ortográfico | Sim | 35 | 13,8 |
| | Não | 216 | 86,2 |

Fonte: Same, 2008.

Também os técnicos de enfermagem, em 7,83% (13) dos seus registros, realizaram correção de forma adequada, maior que o percentual de rasuras 6,02% (10); enquanto os auxiliares de enfermagem utilizaram maior percentual de rasuras 6,9% (2) que o uso de expressão corretiva, de 3,45% (1) dos prontuários (GRÁF. 2).

Observou-se que em 5,9% (15) houve a presença de espaço em branco e em 2% (5) dos registros de admissão analisados foram relatados comentários e/ou críticas. A variável letra legível não esteve presente em 12,6% (32) dos registros. A palavra generalizada/ evasiva foi encontrada em 88,9% (225) dos registros de enfermagem e houve, ainda, 5,1% (13) de abreviaturas não padronizadas. As informações não diretamente relacionadas com o cliente foram registradas em 0,4% (1).

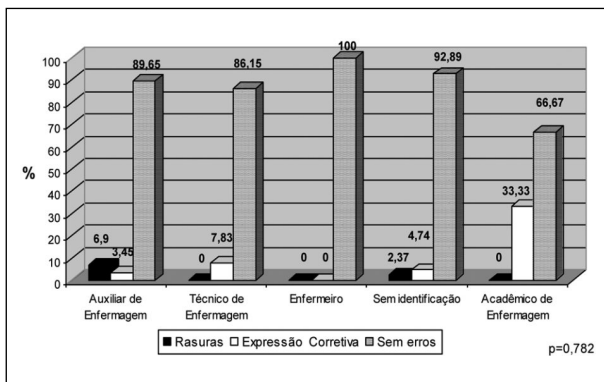


GRÁFICO 2 – Percentagem de não conformidades e correções aplicadas nos registros de enfermagem, segundo categorias profissionais, presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008

Fonte: Same, 2008.

Em relação à identificação do profissional ao final do registro nos prontuários, foram encontradas várias situações: completa – assinatura e carimbo contendo nome, categoria profissional e número de inscrição no Coren; incompleta – somente a assinatura, ou a assinatura do nome e da categoria profissional e inscrição sem carimbo, ou só com carimbo; e inexistente – nenhuma identificação. A maioria dos autores se identificou de forma completa, representando 76,3% (193), e de forma incompleta, 19% (48), sendo que 4,7% (12) não realizaram nenhuma forma de identificação. O erro ortográfico foi encontrado em 13,8% (35) dos registros (TAB. 2).

TABELA 2 – Características dos registros de enfermagem requeridos na admissão e presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008

| Características | Alternativas | n | % |
|---|--------------|-----|------|
| Procedência | Sim | 124 | 49,0 |
| | Não | 129 | 51,0 |
| Condições de locomoção | Sim | 164 | 64,8 |
| | Não | 89 | 35,2 |
| Condições gerais | Sim | 177 | 70,0 |
| | Não | 76 | 30,0 |
| Orientações dadas ao paciente e à família | Sim | 3 | 1,2 |
| | Não | 250 | 98,8 |
| Entrevista Clínica | Inexistente | 3 | 1,2 |
| | Incompleta | 128 | 50,6 |
| | Completa | 122 | 48,2 |
| Exame físico | Completa | 4 | 1,6 |
| | Incompleta | 241 | 95,3 |
| | Inexistente | 8 | 3,2 |

Fonte: Same, 2008.

Os resultados da TAB. 2 mostram que em 51% (129) dos registros não há a descrição da procedência do usuário, 35,2% (89) não apresentam as condições de locomoção e 30% (76) não têm condições gerais registradas. Em relação à variável “orientações dadas ao paciente e à família”, verificou-se que 1,2% (3) dos registros a possuía.

Quanto à entrevista clínica, 50,6% (128) encontravam-se incompletas e em 1,2% (3) dos prontuários, inexistente. Observou-se que 48,2% (122) continham quase todos os itens preconizados: história da moléstia atual, história pregressa, história familiar, história medicamentosa e história socioeconômica. Constatou-se que o exame físico foi registrado de forma completa em 1,6% (4) prontuário, contendo dados vitais, ectopia, inspeção, ausculta e palpação; foram registrados de forma incompleta em 95,3% (241); e em 3,2% (8), inexistentes.

DISCUSSÃO

Os resultados relativos aos registros com data (96,8%) e hora (90,5%) comprovam a sensibilização dos profissionais de enfermagem da importância de tal informação, considerando que o registro constitui um instrumento para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento realizadas pela equipe de enfermagem.¹⁰

Ao analisar os erros de redação, não foi constatado o uso de corretivos, adesivos ou borrachas em nenhum registro. As rasuras encontradas constituíram-se de traços ou rabiscos à caneta, sobrepondo-se à palavra ou expressão, tentando substituí-la, anulá-la ou consertá-la. É interessante ressaltar que a maioria das formas de correção, consideradas no total, foi realizada pela expressão corretiva “digo” e/ou “melhor”, compatível com o preconizado.¹

Os poucos espaços em branco encontrados nos registros (5,9%) demonstraram que os profissionais tinham conhecimento sobre o recomendado pela literatura, ou seja, espaços em branco podem propiciar inclusão de informações inverídicas, resultando no comprometimento dos processos de apuração legal ou ética.^{3,14,15}

Verificou-se, também, que em cinco registros houve a presença de comentários relacionados à não realização da medicação, dada a falta de medicamentos. Nesse sentido, o registro cumpriu a finalidade de fornecer informações a respeito da assistência, assegurando a comunicação entre os membros da equipe e a garantia da continuidade 24 horas, indispensável para a compreensão do paciente de modo global.⁸

A ilegitimidade, encontrada em 32 admissões (12,6%), constitui desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário, caracterizando falta de responsabilidade dos profissionais da equipe e da instituição, por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa.⁷ Quando o prontuário está corretamente

preenchido com letra legível e assinado, torna-se a principal peça de defesa da equipe, nos casos de denúncia de atendimento comprometido por indícios de imperícia, imprudência ou negligência.¹⁵

As palavras generalizadas/evasivas (88,9%), como "pacientes" e "cliente", constituem desperdício de espaço e são desnecessárias, uma vez que o prontuário do cliente é individual e as descrições são referentes somente a ele.⁸ As palavras generalizadas encontradas foram "parcialmente", "bem", "hipocorado", "normofígmico", "pouca". Tais descrições são abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor.¹⁴ Havia, ainda, termos prolixos como "dor álgica", "admitido nesta unidade", "admitido neste setor", sem especificar qual a unidade e "admitido, pela central de leitos", informações supérfluas, que comprometem a objetividade do registro.

O uso de abreviaturas não padronizadas em 13 dos registros (5,1%) é inaceitável, sendo que as abreviaturas devem estar circunscritas àquelas padronizadas na literatura e/ou na instituição, pois, certamente, resultam em diferentes interpretações, gerando dúvidas e riscos ao cliente, bem como prejudicam o processo seguro de comunicação.¹⁴

O Decreto nº 5.0387, de 28 de março de 1961, que regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional, em seu artigo 14, enfoca que é dever de todo pessoal de enfermagem manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem.¹⁶ Considerando a importância ético-legal da identificação profissional nos registros, verificou-se a presença de identificações incompletas (19%) e inexistentes (4,7%), porém é obrigação do profissional assinar os registros imediatamente após a última frase de cada um deles.¹³ Ressalte-se que, o fato de alguns profissionais não se identificarem ao realizar os registros nos prontuários pode ocasionar, em caso de ações jurídicas, prejuízos tanto à instituição quanto aos trabalhadores e clientes.¹¹ O Código Penal brasileiro, em seu artigo 299, classifica a omissão de informações em documento público ou particular como "falsidade ideológica".³

Constatou-se, também, ausência de registros referentes à procedência do usuário (51%), condições de locomoção (35,2%), condições gerais (30%) e falhas quanto a orientações dadas ao cliente e à família (1,2%). O fato de o paciente e a família não serem orientados sobre

os cuidados de saúde compromete a reabilitação do cliente, visto que a família deve ser considerada parte integrante desse processo, pois, após a alta, serão os familiares quem realizarão os cuidados.³

Pode-se perceber que, no cenário deste estudo, na admissão, na qual se realiza o Histórico de Enfermagem, primeira etapa do Processo de Enfermagem, não continha todos os requisitos necessários, dispostos pela literatura.^{8,9} Esse fato resulta em prejuízos na qualidade da assistência de enfermagem, aspecto agravante por se tratar de um local de ensino.

A falta de sistematização foi identificada na maioria dos registros incompletos relacionados à entrevista clínica (50,6%) e exames físicos (95,3%). Quanto à entrevista clínica, o registro correto ocorreu em 48,2% e em 1,6% dos exames físicos. Vale ressaltar que, em nenhuma entrevista clínica, foi encontrado registro relacionado aos aspectos espirituais e culturais do cliente, desconsiderando sua individualidade e integralidade, o que contraria o Processo de Enfermagem, que possui enfoque holístico, assegurando que as intervenções devem elaboradas para o indivíduo, e não apenas para a doença.¹⁷ Os registros da equipe de enfermagem nos prontuários, se bem feitos, representam uma das contribuições mais valiosas para a assistência ao paciente.¹⁸

Espera-se que esta investigação possa reforçar a importância de qualificar os registros de enfermagem como subsídio para o ensino, auditoria, pesquisa e de defesa legal e, principalmente, ser um instrumento indicador de qualidade.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria dos registros encontrava-se em conformidade com as normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais.

Fazem-se necessárias investigações para identificar quais fatores ou condições atuam como dificultadores do registro de enfermagem no cenário deste estudo, a fim de realizar investimentos em educação continuada e permanente. Esforços devem ser envidados pela instituição e pela equipe de enfermagem na busca de regularizar seu processo de trabalho, adotando a Sistematização da Assistência de Enfermagem em toda sua plenitude e complexidade, para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(3):415-21.
2. Guimarães A, Cruz AGICF. A nursing process model for a hospital - systematic literature review. *Online Braz J Nurs.* 2007; 6(2). [Citado em 2009 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1051>>.
3. Vituri DW, Matsuda LM. Os Registros de Enfermagem como Indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Online Braz J Nurs.* 2008;7(1). [Citado em 2009 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241>>.
4. Malucelli Andreia, Otemaier Kelly Rafaela, Bonnet Marcel, Cubas Marcia Regina, Garcia Telma Ribeiro. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 629-36.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN nº 358/2009. Brasília-DF; 15 de outubro de 2009.
6. Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo (SP): Iátria; 2003.
7. Conselho Regional de Enfermagem. Deliberação COREN-MG 135/00. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem/Como anotar. Minas Gerais (Brasil): COREN-MG; 2000.
8. Cianciarullo TI, Melleiro MM, Gualda DMR, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.
9. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotações de enfermagem. São Paulo: Ateneu; 2004.
10. Santos SR, Paula AFA de, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registros no prontuário. Rev Latinoam Enferm USP. 2003; 11(1):80-7.
11. Kurgant P. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1976; 29 (3):106-24.
12. Venturinni DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um Hospital de ensino. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5):570-7.
13. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
14. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Latinoam Enferm USP. 2003; 11(2):184-91.
15. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2005.
16. Brasil. Decreto Nº 50.387 de 28 de março de 1961, art. 14, alín. C. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Brasília (DF); 1961.
17. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolim MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador: relato de experiência. Acta Paul Enferm. 196; 9(1):18-27.
18. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 313-7.

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES ABRIGADAS EM UMA MATERNIDADE SOCIAL

DEPRESSION SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN CARED FOR IN A MATERNITY SHELTER

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS ALOJADAS EN UNA CASA DE MATERNIDAD SOCIAL

Marcella Murata¹
Marlise de Oliveira Pimentel Lima²
Isabel Cristina Bonadio³
Maria Alice Tsunechiro⁴

RESUMO

A presença de sintomas depressivos na gestação tem importantes efeitos na saúde materna, fetal e na criança. Objetivou-se com esta pesquisa identificar a prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social e verificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais associadas. Trata-se de estudo transversal com 75 gestantes maiores abrigadas em uma maternidade social da cidade de São Paulo, entre outubro de 2009 e agosto de 2010. A prevalência de sintoma depressivo foi avaliada pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) considerando a pontuação 10 a 12 sintomas menores e ≥ 13 sintomas maiores. A confiabilidade desse instrumento foi verificada pelo Alpha de Cronbach. Foram usados os testes de correlação de Pearson e de Spearman para verificar os fatores que influenciam a presença de sintomas depressivos. As gestantes apresentaram as seguintes características: – média da idade 25,1 anos; 52% não caucasianas; escolaridade 8,5 anos; religião 41,4% católicas; 73,3% sofreram violência física; 62,7% violência emocional; 58,7% fumantes; 46,7% usavam bebida alcoólica eventual; 57,3% três ou mais filhos; 74,7% duas ou mais queixas obstétricas, mediana da idade gestacional 25 semanas; 86,7% aceitaram a gestação. Apenas 25,3% de gestantes não apresentaram sintomas depressivos; 12,0% apresentaram sintomas menores e 62,7% sintomas maiores. A idade gestacional foi a única variável que apresentou associação estatística significativa com sintomas depressivos. A alta prevalência de gestantes com sintomas depressivos evidencia a necessidade de atenção à saúde mental desde o início da gestação, sobretudo para prevenção da depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão; Gestantes; Saúde Mental; Assistência Social.

ABSTRACT

The occurrence of depression symptoms during pregnancy presents significant effects on maternal, fetal, and infant health. This study aims at identifying the prevalence of depression symptoms in pregnant women cared for in a maternity shelter as well at verifying the socio-demographic, obstetric and psychosocial factors associated with it. It is a cross-sectional study with 75 women over 18 years old sheltered in a maternity hospital at Sao Paulo. Data was collected between October 2009 and August 2010. The prevalence of depression symptoms was assessed by the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) considering the score 10 to 12 for minor symptoms and ≥ 13 for major ones. Reliability was calculated by Cronbach's Alpha. Pearson's and Spearman's correlation test were used to identify factors that influence the presence of depression symptoms. The pregnant women presented the following characteristics: the average age was 25.1 years; 52% were non-Caucasian; an average of 8.5 years of schooling, 41.4% were Catholic; 73.3% experienced physical violence and 62.7% emotional abuse; 58.7% were smokers; 46.7% used alcoholic beverages occasionally; 57.3% had three or more children; 74.7% reported two or more obstetric complaints; median gestational age was 25 weeks; 86.7% accepted the pregnancy. Only 25.3% of the pregnant women did not present depression symptoms; 12.0% presented minor symptoms and 62.7% major symptoms. The gestational age was the only variable that indicated a statistically significant association with depressive symptoms. In conclusion, the high prevalence of pregnant women with depression symptoms highlights the need for mental health care from the beginning of pregnancy for the prevention of postpartum depression.

Key words: Depression; Pregnant Women; Mental Health; Social Work.

RESUMÉN

La incidencia de los síntomas de depresión durante el embarazo tiene efectos significativos en la salud de la madre, del feto y del niño. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres embarazadas alojadas en una casa de maternidad social y observar las variables sociodemográficas, obstétricas y los factores psicossociales asociados. Se trata de un estudio transversal con 75 mujeres embarazadas mayores de 18 años alojadas en una casa de maternidad social en la ciudad de San Pablo, entre octubre de 2009 y agosto de 2010. La prevalencia de los síntomas de depresión se evaluó con la Escala de Edimburgo (EPDS) considerando de 10 a 12 como síntomas menores y ≥ 13 síntomas mayores. La confiabilidad de la herramienta fue comprobada por el coeficiente Alpha de Cronbach. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson y Spearman para identificar los factores que influyen en la incidencia de los síntomas de depresión. Las embarazadas presentan las siguientes características: edad promedio de 25,1 años; 52% de raza no caucásica; 8,5 años

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Bolsista de Iniciação Científica USP/CNPq 2009/2010. E-mail: marcellamurata@yahoo.com.br.

² Enfermeira Obstetra. Doutora. Coordenadora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: moplima@uol.com.br.

³ Enfermeira Obstetra. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: ibonadio@usp.br.

⁴ Enfermeira Obstetra. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: tamnami@usp.br. Endereço para correspondência – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César, São Paulo-SP – CEP 05304 000. E-mail: tamnami@usp.br.

de escolaridade; 41,4%, católica; 73,3% sofre de violência física; 62,7% de violência emocional; 58,7% fumadoras; 46,7% bebiam álcool eventualmente; 57,3% com três filhos ou mais; 74,7% com duas queixas obstétricas ou mais; promedio de idade gestacional de 25 semanas; 86,7% aceitou o embarazo. Sólo el 25,3% de las mujeres embarazadas no tenía síntomas de depresión; 12,0% tenían síntomas menores y un 62,7% síntomas mayores. La edad gestacional fue la única variable que mostró una asociación significativa con los síntomas depresivos. La alta prevalencia de mujeres embarazadas con síntomas depresivos pone en evidencia la necesidad de darle atención a la salud mental desde el comienzo del embarazo, especialmente para prevenir la depresión posparto.

Palabras clave: Depresión; Mujeres Embarazadas; Salud Mental; Asistencia Social.

INTRODUÇÃO

A gravidez é comumente associada a um estado de felicidade e faz pouco tempo acreditava-se que a gestação tinha efeito protetor sobre a saúde mental da mulher, porém as pesquisas científicas diferem desse senso comum, pois o período perinatal não as protege dos transtornos do humor.¹

A gravidez exerce enorme efeito psicobiológico e fisiológico sobre o corpo e a mente da mulher, dadas as dramáticas mudanças nos níveis de estrógeno e progesterona, bem como pela significativa supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano.² Tais mudanças endócrinas têm suscitado a hipótese de que, em decorrência dessas modificações, a gestante tenha uma vulnerabilidade maior à depressão.³

Na gravidez, a prevalência da depressão varia, dependendo da forma de triagem e do diagnóstico das mulheres. Estudos apontam a prevalência de depressão, na gestação de 7,4% no primeiro trimestre a 17,0% no último¹, podendo chegar até a 20,0%.⁴

Os fatores de risco mais frequentes associados à depressão no período gestacional são estresse na vida diária, falta de suporte social e violência doméstica.⁵

Os estudos mostram a associação entre depressão gestacional e repercussões negativas na saúde materno-fetal e da criança, portanto são de suma importância informações sobre a prevalência e fatores associados à depressão gestacional, especialmente no Brasil, onde os estudos são escassos.

Ao participar das atividades no serviço de pré-natal de uma maternidade que atende majoritariamente gestantes em situação de risco social, despertou nosso interesse estudar alguns aspectos relacionados à saúde mental, em especial de mulheres que procuram e necessitam de abrigo durante a gestação. Nesse sentido, este estudo justifica-se, dada a tendência de maior prevalência de sintomas depressivos em gestantes que apresentam esses fatores de risco.

Os objetivos com este estudo foram identificar a prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social e verificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais associadas.

MÉTODO

Estudo transversal realizado no Alojamento Social do Amparo Maternal, instituição filantrópica localizada no município de São Paulo. A instituição foi fundada em 1939, com a finalidade de abrigar mulheres grávidas sem moradia na cidade e sem local para dar à luz.

A amostra foi de conveniência, composta por 75 mulheres que estavam abrigadas no Alojamento Social entre outubro de 2009 e agosto de 2010 e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem gestantes, independentemente da idade gestacional e do tempo de abrigo na instituição, e terem idade mínima de 18 anos. Não foram incluídas gestantes com deficiência mental e aquelas com acompanhamento em outro serviço por gestação de alto risco, além das adolescentes com menos de 18 anos de idade.

Dada a alta rotatividade, grande variação no tempo de permanência (de um dia a vários meses) e dificuldade na sistematização dos registros de entrada e saída do alojamento, não foi possível determinar a população total de mulheres abrigadas no período do estudo. Sabe-se, no entanto, que a instituição tem capacidade para abrigar 100 mulheres por mês, gestantes ou puérperas e seus recém-nascidos, e que a média diária tem sido de 40 mulheres.

Na coleta de dados foram usados dois instrumentos: um destinado à obtenção de dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais da gestante com base nas variáveis de interesse para o estudo, e o outro, um questionário de avaliação dos sintomas depressivos – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)⁶ –, que pode ser utilizado também para triagem de depressão na gestação. Foi utilizada a adaptação brasileira da escala realizada por Santos, Martins e Pasquali⁷. Trata-se de um instrumento de resposta simples e de pontuação, projetado para ser empregado por profissional não especializado em saúde mental.

A EPDS é um instrumento de autoavaliação e autoexplicativo, composto por dez enunciados, cujas opções são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem os seguintes sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista e aplicação da EPDS, em dia determinado pela assistente social, o que limitou o tamanho da amostra. As entrevistas foram conduzidas em sala privativa, após a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico SPSS 13.0™ para Windows. As variáveis do estudo foram analisadas por meio de estatística descritiva por frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central – média, mediana e desvio-padrão –, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica.

Para a avaliação do EPDS, cada item do questionário teve a pontuação de 0 a 3, sendo, no conjunto total, o escore máximo de 30. Na análise da presença de sintomas depressivos, foram considerados os seguintes pontos de corte: a pontuação 10 a 12, presença de sintoma depressivo menor e ≥ 13 , depressão maior.⁶ A confiabilidade do instrumento foi testada pela análise da consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach.⁸

Os testes de correlação de Pearson e/ou de Spearman foram usados para análise das associações entre as variáveis psicossociais e obstétricas com a pontuação da EPDS.

Este estudo é parte da pesquisa denominada "Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional", financiada pelo Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 479016/2007-0. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o Processo nº 844/2009/CEP-EEUSP), e a coleta de dados autorizada pela instituição mediante assinatura do Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados se referem a 75 gestantes abrigadas no Alojamento Social do Amparo Maternal que atenderam aos critérios de inclusão no estudo.

Nas TAB. 1, 2 e 3, mostram-se as características sociodemográficas, obstétricas e psicossociais das gestantes.

Houve predomínio de gestantes com mais de uma gestação (72,0%), variando de uma a oito, e com um ou mais filhos (66,7%). A maioria das gestantes (74,7%) encontrava-se na segunda metade da gravidez.

TABELA 1 – Distribuição das gestantes segundo variáveis sociodemográficas – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|--------------------|------|
| <i>Idade (anos)</i> | | |
| < 20 | 14 | 18,7 |
| 20 a 29 | 42 | 56,0 |
| ≥ 30 | 19 | 25,3 |
| Média (DP) | 25,1 ($\pm 5,7$) | |
| <i>Etnia</i> | | |
| Caucasiana | 36 | 48,0 |
| Negroide | 36 | 48,0 |
| Ameríndio | 3 | 4,0 |
| <i>Escolaridade (anos)</i> | | |
| 1 – 4 | 6 | 8,0 |
| 5 – 8 | 29 | 38,7 |
| ≥ 9 | 40 | 53,3 |
| Média (DP) | 8,5 ($\pm 2,5$) | |
| <i>Religião</i> | | |
| Católica | 31 | 41,4 |
| Evangélica | 27 | 36,0 |
| Não tem | 11 | 14,7 |
| Espírita | 3 | 4,0 |
| Batista | 1 | 1,3 |
| Testemunha de Jeová | 1 | 1,3 |
| Congregação Cristã | 1 | 1,3 |
| Total | 75 | 100 |

TABELA 2 – Distribuição das gestantes segundo variáveis obstétricas – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------------|-------------------|------|
| <i>Gestações</i> | | |
| Uma | 21 | 28,0 |
| Duas | 11 | 14,7 |
| Três ou mais | 43 | 57,3 |
| Média (DP) | 2,9 ($\pm 1,7$) | |
| <i>Paridade</i> | | |
| Nenhuma | 25 | 33,3 |
| Uma | 15 | 20,0 |
| Duas ou mais | 35 | 46,7 |
| Média (DP) | 1,5 ($\pm 1,6$) | |
| <i>Idade gestacional (em semanas)</i> | | |
| Até a 20ª | 19 | 25,3 |
| 21ª a 30ª | 32 | 42,7 |
| 31ª a 40ª | 24 | 32,0 |
| Mediana | 25 semanas | |
| Total | 75 | 100 |

TABELA 3 – Distribuição das gestantes, segundo variáveis psicossociais – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | n | % |
|--|-----------|------------|
| <i>Fumo</i> | | |
| Não | 6 | 8,0 |
| Sim | 44 | 58,7 |
| Ex-fumante | 25 | 33,3 |
| <i>Etilismo</i> | | |
| Eventual | 35 | 46,7 |
| Não | 25 | 33,3 |
| Frequente | 7 | 9,3 |
| Ex-etilista (parou há 1 mês ou mais) | 8 | 10,7 |
| <i>Drogas</i> | | |
| Não | 32 | 42,7 |
| Sim | 43 | 57,3 |
| <i>Violência física</i> | | |
| Não | 20 | 26,7 |
| Sim | 55 | 73,3 |
| <i>Violência psicológica/emocional</i> | | |
| Não | 28 | 37,3 |
| Sim | 47 | 62,7 |
| <i>Aceitação da gestação</i> | | |
| Sim | 65 | 86,7 |
| Em processo de aceitação | 7 | 9,3 |
| Não | 3 | 4,0 |
| Total | 75 | 100 |

Houve predominância de gestantes fumantes, etilistas, usuárias de drogas ilícitas, que sofriam de violência física e psicológico-emocional antes ou durante a gestação e que aceitavam a gravidez.

Apenas três gestantes (4,0%) não referiram queixas ao longo da gestação, enquanto 74,7% citaram duas ou mais queixas, dentre as quais as mais citadas foram: náuseas e vômitos, dor em baixo ventre, lombalgia, dor em membros inferiores e azia. Além dessas, também foram citadas: sonolência, insônia, dor ao urinar, cansaço, cãibra, cefaleia, falta de ar, ansiedade, inquietação e tontura.

A EPDS mostrou-se consistente para a amostra, apresentando um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82.

Os resultados relativos à ocorrência de sintomas depressivos, segundo a idade gestacional, encontram-se na TAB. 4.

Não foram observados sintomas depressivos em apenas um quarto das gestantes, enquanto 74,7% obtiveram pontuação da EPDS igual ou superior a 10, indicando a presença de sintomas depressivos menores ou maiores, revelando alta prevalência.

As maiores frequências de sintomas depressivos, em geral (84,2%) e maiores (73,7%), ocorreram naquelas com até 20 semanas de gravidez.

A associação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais e a pontuação da EPDS são mostradas na TAB. 5.

TABELA 5 – Coeficientes de correlação entre a pontuação da EPDS e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | EPDS | valor p |
|-----------------------|---------------------|--------------------|
| Idade | 0,055* | 0,642 |
| Escolaridade | -0,011* | 0,923 |
| Etnia | -0,099 [‡] | 0,398 |
| Religião | -0,100 [‡] | 0,393 |
| Idade gestacional | -0,340 [‡] | 0,003 [‡] |
| Número da gestação | 0,041 [*] | 0,725 |
| Paridade | 0,077 [*] | 0,510 |
| Queixas | 0,073 [‡] | 0,541 |
| Aceitação da gravidez | 0,154 [‡] | 0,187 |
| Violência física | -0,026 [‡] | 0,826 |
| Violência emocional | -0,074 [‡] | 0,528 |
| Fumo | 0,037 [‡] | 0,755 |
| Etilismo | 0,132 [‡] | 0,259 |
| Drogas ilícitas | -0,001 [‡] | 0,992 |

*Correlação Pearson

[‡]Correlação de Spearman [‡]p=0,01

TABELA 4 – Prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrangidas segundo a idade gestacional – São Paulo, 2009-2010

| Pontuação da EPDS | Idade gestacional (semanas) | | | | | | Total | |
|----------------------|-----------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Até 20 | | 21 a 30 | | 31 a 40 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| < 10 [*] | 3 | 15,8 | 7 | 21,9 | 9 | 37,5 | 19 | 25,3 |
| 10 – 12 [‡] | 2 | 10,5 | 5 | 15,6 | 2 | 8,3 | 9 | 12,0 |
| ≥ 13 [‡] | 14 | 73,7 | 20 | 62,5 | 13 | 54,2 | 47 | 62,7 |
| Total | 19 | 100 | 32 | 100 | 24 | 100 | 75 | 100 |

* < 10 pontos = nenhum sintoma depressivo

[‡] 10 – 12 pontos = sintomas depressivos menores [‡] ≥ 13 pontos = sintomas depressivos maiores

Houve associação negativa entre idade gestacional e presença de sintomas depressivos, ou seja, o progredir da gestação diminui a frequência de sintomas depressivos, sendo verificado empiricamente nas frequências menores a partir da 20ª semana de gestação (TAB. 5).

DISCUSSÃO

Este estudo pautou-se pela convicção de que conhecer a prevalência de sintomas depressivos entre gestantes em situação de abrigo poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, atendendo-lhes as necessidades de forma individualizada, calcada na realidade socioeconômica e cultural das gestantes.

A triagem de sintomas depressivos na gestação é importante para a melhoria da assistência perinatal. A detecção precoce pode facilitar o tratamento oportuno e contribuir para a redução dos efeitos adversos à saúde materna e do conceito. O sintoma depressivo na gestação, se não for detectado e tratado precocemente, poderá ter repercussão negativa sobre a saúde materna e infantil, que permanecerá mesmo após o nascimento.⁴

Os estudos sobre a depressão e seus efeitos no período pré-natal são recentes, datando das duas décadas passadas, havendo um incremento a partir de então. Em sua totalidade, a maioria das publicações refere-se a estudos no período puerperal, o que indica a importância e a relevância de novos estudos que resultem em conhecimentos da saúde mental da gestante ao longo do período gravídico, promovendo novos instrumentos e informações para capacitação da equipe multidisciplinar.

A informação sobre a prevalência de sintomas depressivos deve ser valorizada, pois demonstra a magnitude do problema na população e no sistema de saúde. As estratégias para o manejo da depressão exigem o conhecimento de sua predominância ao longo de todas as fases de vida da mulher. Tal conhecimento pode permitir a identificação dos fatores de risco, modos de prevenção, intervenções e tratamento.⁹

Esperava-se elevada prevalência de sintomas depressivos, pois estudo qualitativo realizado na mesma instituição mostrou que as mulheres abrigadas caracterizam-se pela gravidez não aceita pelos familiares, são vítimas de violência doméstica, têm situação econômica desfavorável, moram em outros Estados e vêm a São Paulo na expectativa de obter emprego, mas a gravidez inesperada inviabiliza a manutenção de seu vínculo empregatício.¹⁰ Entretanto, os dados deste estudo mostram a prevalência extremamente alta de sintomas depressivos (74,7%). (TAB 4)

A prevalência da depressão gestacional pode variar por questões metodológicas como forma de triagem e de diagnóstico nas mulheres.

Existem estudos transversais realizados com mulheres no início da gestação, ou apenas no terceiro trimestre, e estudos longitudinais com diferentes etapas de coleta

dos dados ao longo da gestação e puerpério. De igual forma, existem diferentes instrumentos para triagem,¹⁵ e, em um mesmo instrumento, autores podem utilizar diversos pontos de corte para a avaliação da presença de sintomas depressivos na gestação.^{6,11-16}

No Brasil, não existe ainda uma validação dos pontos de corte para triagem e diagnóstico da depressão na gravidez utilizando a EPDS. Assim, neste estudo, foram adotados os pontos de corte determinados pelos autores da escala na língua inglesa.

Alguns fatores, como o fato de o estudo ter sido realizado com gestantes em situação de risco e de diferentes idades gestacionais, não apenas em um trimestre específico, associado ao ponto de corte adotado (mais baixo que utilizado por outros autores), podem ter levado a uma superestimativa da prevalência de sintomas depressivos nesta pesquisa. Ainda assim, mesmo considerando o ponto de corte mais elevado (≥ 13), a prevalência permanece extremamente alta (62,7%) quando comparada a outros estudos nacionais e internacionais realizados com gestantes em geral.

Estudos realizados no Brasil utilizando a EPDS na gestação, embora tendo utilizado o mesmo ponto de corte (≥ 13) para o diagnóstico de depressão, também apresentaram uma variação na prevalência encontrada. No estudo realizado em São Gonçalo-RJ com 33 mulheres, a prevalência foi de 37,9% de depressão gestacional no terceiro trimestre.¹² Já no Sul do Brasil, em estudo com 1.264 grávidas atendidas no sistema público de saúde, a prevalência de sintomas depressivos foi de 21,1%, e os autores concluíram que a história psiquiátrica, baixo suporte e eventos estressores aumentam a probabilidade de depressão na gestação.¹³

No Canadá, a prevalência encontrada foi de 29,5% em um estudo com mulheres de alto risco social utilizando a EPDS.¹⁷

Em São Paulo, em estudo com 103 mulheres de baixa renda, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a prevalência foi de 20,4%¹⁸, e em Piracicaba-SP¹⁹ a prevalência foi de 20,8%, em uma amostra de 120 adolescentes, utilizando a subescala da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Em uma revisão de literatura,¹⁵ a prevalência de depressão gestacional encontrada nas pesquisas provenientes de países desenvolvidos oscila entre 5% e 30%. Poucos estudos encontraram prevalência abaixo de 10%, sendo mais frequentes taxas em torno de 10% e 15%. As taxas de prevalência da depressão durante a gravidez, encontradas nos estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais, estiveram, em sua maioria, por volta de 20%.

A proporção de sintomas depressivos encontrada neste estudo também foi muito superior às taxas de 8,5% e de 12,8%, obtidas em duas revisões publicadas em 2004 e 2005.^{9,20}

Outro resultado de destaque é a proporção de sintomas depressivos maiores, encontrada em todas as faixas de

idade gestacional, com predomínio naquelas mulheres abrigadas que estavam no início da gestação (73,7%). (TAB 4).

Em Seattle, nos Estados Unidos da América, em um estudo prospectivo com 1.888 gestantes que receberam cuidado pré-natal em uma clínica obstétrica universitária, no período de 2004 a 2009, a prevalência de sintomas depressivos gestacional foi de 9,9%, sendo 5,1% de probabilidade de depressão maior e 4,8% para sintomas menores.²¹

A queda na prevalência dos sintomas depressivos com o avançar da gestação também foi observada em estudo longitudinal realizado em Hong Kong com 357 mulheres grávidas, embora a prevalência tenha sido bem menor ao longo dos trimestres (22,1%; 18,9% e 21,6%).²²

São fatores de risco para a depressão na gravidez: a história pessoal ou familiar de depressão, pertencer a uma classe socioeconômica menos favorecida ou a minorias étnicas, ter sofrido abuso na infância, sofrer violência doméstica, ser solteira, bem como a falta de apoio do parceiro, falta de suporte social, baixa escolaridade, desemprego e uso de drogas lícitas ou ilícitas.^{4,16} Uma revisão sistemática encontrou entre os fatores de risco para depressão gestacional o tabagismo e a gestação não planejada.⁵ De forma análoga, outros estudos apontam para dependência de substância e gestação não desejada^{15,22} e o etilismo.

Os resultados sociodemográficos evidenciaram mulheres jovens que, em sua maioria, se declararam não brancas (52,0%), com predomínio daquelas que faziam uso de tabaco (58,7%), álcool, eventual ou, frequentemente (56,0%), drogas ilícitas (57,3%) e que sofriam violência física (73,3%) e emocional (62,7%) antes ou durante a atual gravidez. Pressupõe-se que essas características, por constituírem eventos estressores, influenciaram na ocorrência de sintomas depressivos nas gestantes deste estudo.

As proporções de gestantes abrigadas que faziam uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas são muito superiores às obtidas em diversos estudos: 11,6% e 5,6% tabaco,^{22,23} 2,6%²³ e 9,1% álcool,²⁴ e 6,0% drogas ilícitas.²⁵ Em um dos estudos citados,²⁴ houve relação entre o consumo de álcool e maior média de pontuação nas escalas de ansiedade, depressão e álcool do Questionário de Morbidade Psiquiátrica, porém sem diferença significativa.

REFERÊNCIAS

1. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006; 33(2): 92-102.
2. Suppaseemanont W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *Am J Matern Child Nurs.* 2006; 31(1):10-5.
3. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord.* 2003; 74:67-83.
4. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005; 51:1087-93.
5. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(1):5-14.
6. Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol.* 1990; 8:99-107.

Em estudo sobre a continuidade do uso de álcool e depressão na gestação, foram encontrados os seguintes fatores associados: tabagismo, idade mais avançada, baixa escolaridade e uso de substâncias ilícitas.²⁶

Em relação à violência física e à emocional, os resultados deste estudo corroboram os de diversos autores,^{15,21,23,27} que as relataram como um fator de risco para a ocorrência de depressão no período gestacional. Estudo com adolescentes, em São Paulo, demonstrou que o risco para a depressão foi mais elevado para as mães que tinham experimentado a violência física ao longo da vida, mas associações com ameaças da violência física, sexual e durante a gravidez não apresentaram relações significativas.^{28,29}

Das várias características sociodemográficas, psicossociais e obstétricas analisadas neste estudo, apenas a idade gestacional mostrou-se associada à presença de sintomas depressivos na gestação. Acredita-se que tal fato tenha ocorrido porque as frequências de variáveis psicossociais foram tão elevadas, como tabagismo, etilismo, violência física e mental, que não permitiram uma discriminação estatística entre os grupos de depressivas e não depressivas.

O tamanho da amostra é uma limitação deste estudo, que pode ter influenciado a análise de relação entre as variáveis. Novas pesquisas com amostras maiores e mais representativas precisam ser realizadas.

CONCLUSÃO

Os resultados revelam uma proporção expressiva de gestantes com sintomas depressivos maiores, sobretudo naquelas com idade gestacional precoce, o que evidencia a necessidade de atenção direcionada à saúde mental desde o início da gestação, visando à melhoria dos desfechos maternos e perinatais.

A experiência de longa data na prática clínica com gestantes abrigadas na instituição campo do estudo já indicava sua complexidade e motivou a realização desta pesquisa. Cabe esclarecer que a instituição conta com profissionais de várias áreas do conhecimento, especialmente assistentes sociais, enfermeiras obstétricas e psicólogas, além do médico obstetra. A despeito da complexidade da assistência a esse específico grupo de gestantes, o trabalho integrado de sua equipe de profissionais tem beneficiado muitas mulheres e seus filhos, que conseguem atingir condições de reintegração social.¹⁰

7. Santos MFSS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999; 26(2): edição especial.
8. Pereira JC. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.
9. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4):698-709.
10. Reis SEH, Bonadio IC, Tsunechiro MA, Merighi MAB. O cotidiano de mulheres grávidas moradoras no alojamento de uma maternidade social. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(3): 492-501.
11. Bodecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. *Orv Hetil.* 2009; 150(41):1888-93.
12. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998; 31(6): 799-804.
13. Azevedo da Silva R, Jansen K, Souza LDM, *et al.* Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010; 32(2):139-44.
14. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001; 323:257-60.
15. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(4):144-53.
16. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Nurse.* 2006; 35(4): 491-8.
17. Bowen A, Stewart N, Baetz M, Muhajarine N. Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(5): 414-6.
18. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4): 612-8.
19. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48:245-9.
20. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(5):1071-83.
21. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010; 116:1064-70.
22. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Hang WC, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1102-12.
23. Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine.* 2005; 35:1485-92.
24. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):593-8.
25. Mitsuhiro SS, Chalen E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(2):122-5.
26. Rubio DM, Kraemer KL, Farrell MH, Day NL. Factors associated with alcohol use, depression, and their co-occurrence during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008; 32(9):1543-51.
27. Rodrigues MA, Heleimann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med.* 2008; 6: 44-52.
28. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, *et al.* The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC.* 2007; 7:209.
29. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, *et al.* Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(10):983-8.

FATORES QUE PREDISPÕEM À DISTRAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PREPARO E A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

FACTORS THAT PREDISPOSE TO THE DISTRACTION OF THE TEAM OF NURSING DURING THE PREPARATION AND THE ADMINISTRATION OF MEDICINES

FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DISTRACCIÓN DE LOS ENFERMEROS DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

Natália Romana Ferreira Lemos¹
Vagnára Ribeiro da Silva²
Maria Regina Martinez³

RESUMO

Nesta pesquisa, propôs-se testar a hipótese de que a distração, durante o preparo e a administração de medicamentos, pode conduzir ao erro. No Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital filantrópico, foram realizadas observações não participantes e diretas das atividades do processo medicamentoso desempenhadas pela equipe de enfermagem em todos os plantões. No período de observação, foram administrados 136 fármacos, totalizando 43 erros, dentre os quais omissão, velocidade de infusão, via, dose, diluição e horário. Durante a coleta de dados, foram identificados 100 fatores que poderiam causar distrações da enfermagem predispondo seu erro: telefone fixo da instituição ou celular tocando, interrupção por outros profissionais, mudanças não padronizadas de prescrições médicas, sobreposição de diferentes tarefas pelo mesmo profissional nos horários padronizados para medicação e ausência de planejamento formal da assistência. Embora 21% dos erros de medicação relacionados ao preparo e à administração de medicamentos em horário errado tenham sido induzidos pelo evento que causa distração “mudanças não padronizadas de prescrições médicas”, não houve correlação significativa entre os erros identificados e os fatores que poderiam conduzir à distração. Portanto, pode-se inferir que, na condição estudada, não existe relação direta entre os possíveis fatores que causam distração e os erros relacionados ao preparo e à administração de medicamentos.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Erros de Medicação; Gerência.

ABSTRACT

This research intended to exam the theory that distraction, during the preparation and administration of medication, can lead to errors. Direct and non-participant observations of the medication process (performed by nursing team in all nursing shifts) were carried out in the Intensive Care Unit of a philanthropic hospital. During observation stage 136 drugs were administered totaling 43 mistakes, namely: dose omission, infusion speed, duct, dose, dilution and schedule. During data collection 100 factors causing the nurses' distraction and that could lead to errors were identified: telephone or mobile phone ringing; interruption by other professionals; non-standardized changes of medical prescriptions; overlapping job tasks in standardized medication times; and lack of formal care planning. Although 21% of the errors related to the wrong preparation and administration times of medication were caused by the distracting event “non-standardized changes of medical prescriptions”, there was not a significant correlation between the identified errors and the factors that could lead to distraction. Therefore it can be inferred that there is no direct link between the possible distracting factors and the errors related to the preparation and to the administration of medication.

Key words: Nursing Team; Medication Errors; Management.

RESUMEN

En esta investigación se propuso analizar la hipótesis que afirma que la distracción durante la preparación y administración de fármacos puede conducir a errores. Se realizaron observaciones directas no participantes del proceso llevado a cabo por los enfermeros de todas las guardias de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital filantrópico. Durante el período de observación se administraron 136 fármacos y se comprobaron 43 errores, entre ellos: omisión, velocidad de infusión, vía, dosis, dilución y horario. Durante la recogida de datos se identificaron 100 factores que podrían causar distracción de los enfermeros y predisposición a la equivocación: el teléfono fijo o celular que suena, interrupción de otros profesionales, cambios no estandarizados de recetas médicas, superposición de distintas tareas del mismo profesional en los horarios estandarizados para la medicación y ausencia de planificación formal de la asistencia. El 21% de los errores de la medicación relacionado a la preparación y a la administración de fármacos en el horario equivocado se debió a “cambios no estandarizados de recetas médicas”; sin embargo, no hubo ninguna correlación significativa entre los errores identificados y los factores que podrían llevar a la distracción. Por consiguiente puede deducirse que, en la condición estudiada, no hay relación directa entre los posibles factores de distracción y los errores relacionados a la preparación y administración de fármacos.

Palabras clave: Equipo de Enfermería; Errores de Medicación; Gerencia.

¹ Enfermeira pela Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET/SESu).

² Enfermeira pela Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

³ Professora adjunta da disciplina de Administração de Enfermagem III do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

Endereço para correspondência: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. CEP: 37130-000. Alfenas-MG. Fone: 35-3299-1380/1381. martinez@unifal-mg.edu.br.

INTRODUÇÃO

Nas instituições de saúde, o processo medicamentoso envolve profissionais qualificados de diferentes áreas. A prescrição é de responsabilidade médica, assim como a dispensação é tarefa farmacêutica e o preparo e a administração são funções da equipe de enfermagem.¹

O objetivo com o uso de medicamentos no tratamento do cliente é obter melhoria no seu quadro clínico.¹ No entanto, se houver falhas na sua realização, as consequências poderão ser diversas tanto para o profissional quanto para o paciente, que poderá sofrer danos irreparáveis.^{1,2}

Define-se como erro de medicação qualquer falha em qualquer fase do processo de medicação, que compreende a prescrição, a transcrição, a dispensação e a administração, podendo ser decorrente das atitudes de vários profissionais diferentes, uma vez que se trata de uma atividade multidisciplinar.^{3,4} Como erros na prescrição estão incluídos omissões do nome da droga, da formulação da droga, da via, da dose, do regime de dosagem, da data, da assinatura e do dia de tratamento para os antibióticos. Nos erros relacionados à transcrição estão incluídas as discrepâncias entre a prescrição médica e as cópias relativas ao nome da droga, formulação da droga, dose, regime de dosagem, omissão da droga ou inclusão de droga não prescrita³. A caligrafia ilegível, o excesso de abreviações e a mistura de nomes genéricos com comerciais nas prescrições médicas podem resultar na incompreensão das outras equipes de profissionais.⁴ Quanto à dispensação, incluem-se os erros de entrega de droga não prescrita, dose não prescrita, omissão de dose ou erro na formulação da droga³. Além disso, nessa fase do processo, pode haver outras deficiências, tais como falta de políticas para revisão das prescrições médicas e ausência de dupla conferência na dispensação e de código de barra para identificação digital do medicamento, o que pode acarretar em erros caso o enfermeiro não realize prévia avaliação do material que possui.⁴ Nos erros relativos à administração, agrupam-se falhas na técnica de administração, principalmente de injetáveis, vias erradas, horários com erro de 60 minutos para mais ou para menos e entrega não direta da dose ao paciente.³

Alguns autores trabalham com categorizações mais simples de erro no processo de medicação, codificando-os como: paciente errado, droga errada, dose errada, via errada, hora errada e omissão⁵; ou, como previsto pela American Society of Hospital Pharmacists (ASHP), erro de omissão, erro de droga não autorizada, dose errada, via errada, razão errada, formulação errada e técnica incorreta de administração.⁶ Alguns autores incluem, ainda, erro na velocidade de infusão de medicações endovenosas.⁷

Dentre os erros detectados pelos autores de trabalhos científicos mais recentes, que estão relacionados à competência da equipe de enfermagem, podem ser citados: erros na diluição (volumes inadequados

de diluente ou reconstituição incorreta); técnica errada de administração (por exemplo, passagem de medicação por sonda nasogástrica de maneira incompleta, ficando medicação na sonda e velocidade de infusão endovenosa acima ou abaixo do desejável); erros no horário da medicação prescrita; via errada; paciente errado; erro de omissão, erro na dosagem; e medicamento errado.^{1,5,6,8,9}

Ao serem investigados os fatores que conduzem a esses erros, em diversos trabalhos, tem-se demonstrado que pode ocorrer sobrecarga de trabalho, dada a deficiência no número de funcionários.¹ Ademais, deve-se ressaltar a falta de domínio nas operações matemáticas, principalmente com cálculos envolvendo números decimais.⁵ Outros fatores importantes podem ser acrescentados também, como baixo conhecimento sobre as medicações administradas, dificultando a atenção para dosagens discrepantes e aumentando o risco da realização de diluições inadequadas; qualidade das prescrições, que, por vezes, não contêm o registro correto do nome da droga, da via a ser utilizada, da dose a ser administrada, o regime de dosagem, bem como o registro de drogas a que o paciente é alérgico; além de distrações e de interrupções durante o preparo e a administração de medicamentos.⁶

As consequências clínicas de um erro de medicação podem ser classificadas como: potencialmente não significantes, quando não há nenhuma relevância clínica; potencialmente significantes, quando há a necessidade de monitorização do paciente embora não seja necessário nenhum tratamento corretivo; potencialmente sérias, quando resultam em efeitos colaterais sérios que requerem tratamento e prolongamento da internação hospitalar, gerando trauma físico ao paciente e encargos para a instituição; e potencialmente fatais, quando podem resultar em morte.³

Recentemente, em uma pesquisa envolvendo as clínicas médica e cirúrgica de um hospital, foram considerados erros de administração de medicação aqueles relacionados à omissão da dose ou administração de dose não prescrita, erro na técnica de administração e no horário e perda de controle da identidade da droga e paciente.³ Desses erros, 52% foram categorizados como potencialmente sérios ou significantes, demonstrando a importância da minimização desses erros no que se refere à integridade física do paciente e aos encargos econômicos para as instituições.³

A equipe de enfermagem, composta pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem, como responsável pela etapa final da complexa atividade medicamentosa, frequentemente sofre as punições atribuídas ao erro no processo de medicação.¹⁰ São apresentadas na literatura como medidas disciplinares tardias: orientação e advertência verbal, advertência escrita e notificação de ocorrência, suspensão e demissão, sendo que a penalização escolhida depende da gravidade, da repetição do erro e da consequência dele para o paciente.⁸ Por causa dessas intervenções, geralmente ocorre subnotificação dos erros por parte da equipe

de enfermagem. Portanto, mais importante do que penalizar, a instituição deve adotar uma política de reciclagem e educação continuada como método preventivo de novos problemas, no entanto, esses treinamentos raramente são os preferidos.¹⁰

Ao deparar-se com a realidade dos profissionais de enfermagem no que tange à execução das tarefas, ao relacionamento com seus pares e os pacientes e sua inserção no ambiente, levando em consideração a situação do trabalho, verifica-se que a distração é um importante elemento que pode conduzir o profissional ao erro no preparo e na administração de medicamentos.¹⁰ Essa situação pode ser evidenciada quando o profissional é interrompido por outras pessoas, como o paciente ou o próprio colega de trabalho, pelo telefone tocando, por uma criança chorando, dentre outros barulhos e fatores que desviam a atenção no momento da preparação e administração do medicamento.^{4,6}

Considerando-se a distração como um importante causador dos erros de medicação e diante dos poucos trabalhos que abordam o tema, nesta pesquisa apresenta-se como objeto de estudo a investigação da presença de fatores que poderiam distrair o profissional de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos e conduzi-lo ao erro em uma unidade de internação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório com abordagem de análise quantitativa, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cujo propósito foi identificar fatores que poderiam levar a equipe de enfermagem a distrair-se durante o preparo e a administração de medicamentos e colaborar para a ocorrência de erros de medicação.

A população estudada constituiu-se de enfermeiros e técnicos de enfermagem responsáveis pelo preparo e administração de medicamentos em uma instituição hospitalar na cidade de Alfenas-MG. Todos os sujeitos da pesquisa trabalhavam 42 horas semanais. A amostragem foi por conveniência, considerando-se que a escolha dos sujeitos foi baseada no maior número de atividades de administração de medicamentos que eram executadas na unidade assistencial.¹¹

Foram definidas como variáveis importantes para o estudo a ocorrência de erros durante o preparo e a administração de medicamentos e de fatores que poderiam distrair o profissional de enfermagem durante essa atividade.

Foi considerado erro de medicação qualquer procedimento que resultasse na administração de medicamentos a pacientes errados, na omissão de dose ou na dosagem errada, pela via errada, em horário superior ou inferior a 60 minutos do prescrito, com velocidade de infusão diferente do preconizado na prescrição ou na literatura, na diluição errada ou utilizando-se técnica errada durante seu preparo e administração.

Na ocorrência de um erro foi observado todo o contexto em que esse ocorreu, e buscou-se identificar se algum fator relacionado ao ambiente, à equipe ou ao cliente poderia ter distraído a equipe de enfermagem durante o procedimento de preparo e administração da medicação, favorecendo, assim, a ocorrência do erro.

Para a coleta dos dados, foram realizadas observações não participantes e diretas, durante quatro meses, seguindo roteiro de observação sistematizado. As observações abrangeram os diferentes turnos de trabalho, ou seja, os plantões da manhã, tarde e noite, sendo possível a descrição das atividades de administração de medicamentos durante as 24 horas de assistência.

A observação não participante e direta foi realizada pelas próprias pesquisadoras, treinadas previamente para tanto, e obedeceu ao método de coleta de dados em que o pesquisador não oculta sua participação e posição de observador, revelando sua identidade e obtendo o consentimento livre e informado do sujeito da pesquisa que foi observado. O observador, nesse caso, não interveio tentando provocar ou mudar o comportamento do sujeito participante.¹¹

O roteiro de observação continha campos para preenchimento do nome do observador, data e horário de início e término da observação, nome dos pacientes internados e suas prescrições medicamentosas, contendo o nome dos medicamentos que deveriam ser administrados, bem como sua dose, via e horário. Continha, ainda, campos que descreviam o processo realizado de fato durante a administração dos medicamentos para os pacientes; ou seja, campos para o preenchimento do medicamento administrado e para qual paciente, dose administrada, via de administração utilizada, horário exato da administração do medicamento e descrição de qualquer erro no procedimento técnico de preparo e administração. Finalmente, eram descritos todos os fatores que poderiam causar distração que ocorressem durante o processo de preparo e administração dos medicamentos.

Para a identificação de erros no procedimento técnico de preparo e administração de medicamentos, utilizou-se um roteiro que descrevia de modo sistemático os passos a serem seguidos pelos profissionais para o correto preparo e administração de medicamentos. Esse roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura,¹²⁻¹⁵ contendo regras gerais sobre o preparo e a administração dos medicamentos, bem como a técnica correta de administração de medicamentos pelas vias oral, ocular, sublingual, retal, vaginal, otológica, nasal, cutânea, intradérmica, subcutânea, intramuscular (deltoideana, dorsoglútea, ventroglútea, região da face anterolateral da coxa) e endovenosa. O roteiro foi considerado um modelo para as observadoras; assim, quando o sujeito observado realizava alguma atividade diferente do procedimento preconizado, as pesquisadoras consideravam a ocorrência como um erro de técnica de medicação e o anotavam no roteiro de observação.

Após a coleta e a organização dos dados, procedeu-se à análise por meio de estatística descritiva. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

Para a realização da pesquisa, na Unidade de Tratamento Intensivo, encaminhou-se uma solicitação à instituição hospitalar, por meio de ofício com o projeto de pesquisa. A pesquisa somente teve início após a autorização da direção da instituição.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96.¹⁶

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em um hospital de médio porte filantrópico, localizado na região sul de Minas Gerais. Foram observadas as atividades de preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem durante os diferentes plantões. A Unidade conta com quatro leitos, cuja média mensal de internações durante o período de coleta de dados foi de, aproximadamente, 19 internações de pacientes que necessitavam de cuidados semi-intensivos ou intensivos, totalizando uma taxa de ocupação de 62,50%. A área física é composta por dois quartos de internação com dois leitos e um banheiro cada, um posto de enfermagem com um banheiro e uma suíte de descanso médico. O quadro de profissionais da equipe de enfermagem é composto por oito técnicos de enfermagem e seis enfermeiros, que se dividem nos diferentes turnos – manhã, tarde e noite –, de modo a manter a cobertura nas 24 horas de toda a semana. Além desses profissionais, a Unidade conta com a presença periódica de acadêmicos e docentes supervisores (em supervisão direta ou a distância) do curso superior de Enfermagem da Unifal-MG.

A responsabilidade do preparo e da administração de medicamentos nessa Unidade é dos enfermeiros, dos técnicos e dos acadêmicos de enfermagem (quando em supervisão direta do docente ou do enfermeiro).

Durante o período de observação, foram administrados, no total, 136 medicamentos, sendo 25% deles anticoagulantes/antiagregantes plaquetários/trombolíticos, 23% antiácidos/antieméticos, 14% antibióticos, 10% anti-hipertensivos/diuréticos, 5% anti-inflamatórios, 4% anticonvulsivantes, 4% antidiabéticos, 3% antiarrítmicos, 3% vasopressores, 3% broncodilatadores e 7% outros medicamentos não pertencentes às classes farmacológicas citadas (GRÁF. 1).

Os diferentes medicamentos foram administrados pelas vias endovenosa (53%), subcutânea (22%), oral (15%), sonda nasoentérica ou nasogástrica (8%) e nasal (2%) (GRÁF. 2).

Com relação ao preparo e à administração de medicamentos, registrou-se a ocorrência de 43 erros de medicação, divididos em erros de omissão (2,33%), velocidade de infusão (6,98%), via (6,98%), dose (11,63%), diluição (27,91%) e horário (44,19%) (GRÁF. 3).

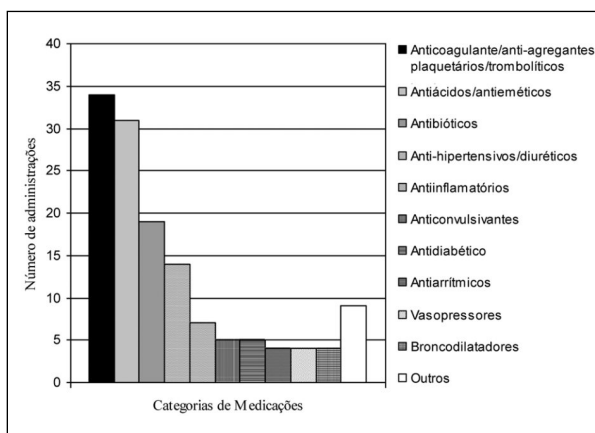


GRÁFICO 1 – Categorias de medicamentos mais comumente administradas durante o período de observação na UTI

Fonte: Dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa

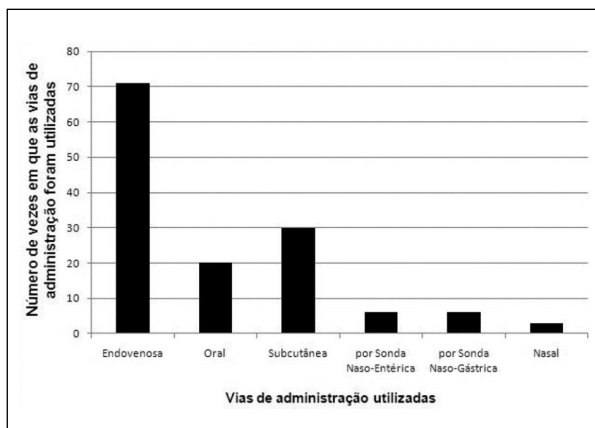


GRÁFICO 2 – Vias mais utilizadas para administração de medicamentos na UTI

Fonte: Dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa

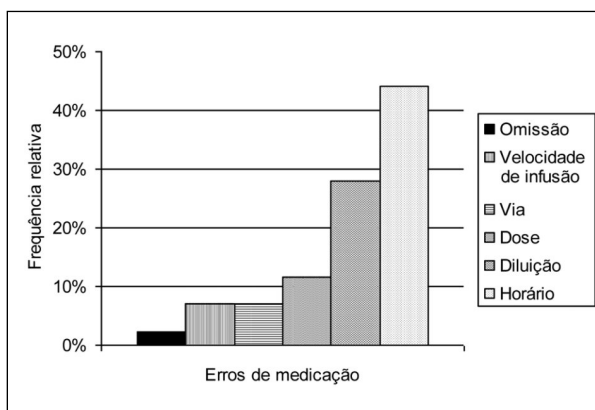


GRÁFICO 3 – Frequência relativa dos tipos de erros de medicação observados na administração de medicamentos na UTI

Fonte: Dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa

Além desses erros, foram constatadas algumas irregularidades na técnica do preparo das medicações. Foi detectada a ocorrência de 186 irregularidades em técnicas básicas de preparo de medicações. Observou-se ausência de lavagem de mãos antes do início do preparo das medicações (50% das ocorrências), ausência de assepsia de ampolas (48,79% das ocorrências) e ausência do procedimento de lavagem de sondas nasoentéricas antes ou depois da administração de medicamentos (1,61% das ocorrências; GRÁF 4).

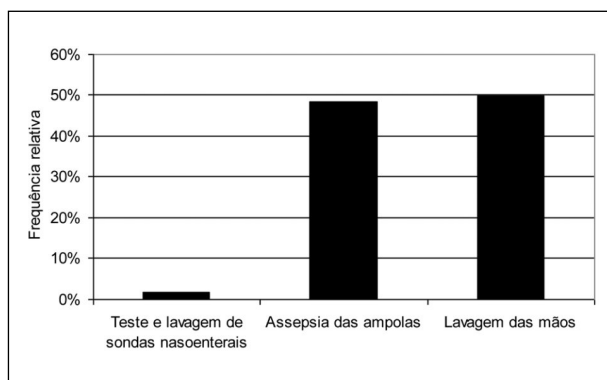


GRÁFICO 4 – Frequência relativa de falhas em procedimentos básicos de preparo e administração de medicamentos na UTI

Fonte: Dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa

Durante o período de coleta de dados, foram identificados 100 eventos que foram considerados fatores que poderiam causar distração da equipe de enfermagem predispondo ao erro durante o preparo e a administração de medicações. Observou-se que a ausência de planejamento formal da assistência, contendo um plano sistematizado de cuidado de enfermagem e uma sequência preestabelecida de assistência, foi capaz de distrair o profissional durante o procedimento de preparo e administração de medicamentos em 3% das ocasiões. As chamadas telefônicas, advindas do telefone institucional ou de telefone celular do próprio profissional, também foram capazes de distrair a atenção do preparo da medicação em 34% e 8% das vezes, respectivamente. A execução de atividades de assistência diferentes do preparo de medicação, com conseqüente sobreposição de tarefas, distraiu o profissional em 14% das vezes. Interrupções do processo medicamentoso por interferência de outros profissionais totalizaram 21% das vezes que o profissional de enfermagem se distraiu no preparo e administração de medicamentos e a mudança não padronizada da prescrição médica interferiu em 20% dos casos em que o profissional desviou sua atenção do processo de medicação (TAB. 1).

Não houve associação entre a ocorrência de erros de medicação e a distração do profissional de enfermagem quando o fator que o distraiu estava relacionado com a ausência de planejamento formal da assistência, toque de telefone, institucional ou pessoal, interrupções por outros profissionais ou sobreposição de diferentes

tarefas de assistência. No entanto, em 21% dos erros de medicação relacionados à administração de medicamentos em horário errado, a mudança da prescrição médica em horário não padronizado pode ser considerada um fator que distraiu o profissional e ocasionou o erro.

TABELA 1 – Distribuição da ocorrência de fatores que levaram à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e administração de medicamentos

| FATORES DE DISTRAÇÃO | Nº | % |
|--|------------|---------------|
| Ausência de planejamento formal da assistência de enfermagem | 3 | 3,00 |
| Telefone celular pessoal tocando | 8 | 8,00 |
| Sobreposição de diferentes tarefas | 14 | 14,00 |
| Mudanças não padronizadas de prescrição médica | 20 | 20,00 |
| Interrupção por outros profissionais | 21 | 21,00 |
| Telefone institucional tocando | 34 | 34,00 |
| TOTAL | 100 | 100,00 |

Fonte: Dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa

DISCUSSÃO

As UTIs, pelas suas características de alta complexidade e alta tecnologia, poderiam ser os lugares mais seguros de tratamento de todo o hospital, no entanto, a complexidade dos processos de tratamento e o comprometimento clínico dos seus pacientes tornam esses ambientes mais vulneráveis e suscetíveis à ocorrência de erros.^{17,18} Grande parte dos eventos adversos a que os pacientes internados em UTIs estão suscetíveis está relacionada ao processo medicamentoso. Em geral, as terapêuticas medicamentosas são complexas, com o uso concomitante de múltiplas drogas e alteração constante do esquema medicamentoso, dada a melhora ou piora de quadro clínico dos pacientes, aumentando o risco de ocorrer erros no preparo e na administração da medicação.¹⁷

Vários estudos da literatura relatam a ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos. Apesar de ter-se encontrado uma porcentagem pequena de erros de omissão na administração de medicamentos na unidade estudada, alguns trabalhos relatam porcentagens maiores desse tipo de erro.^{5,19} A não realização de uma droga para um paciente em terapia semi-intensiva ou intensiva pode causar conseqüências desastrosas, uma vez que pode haver piora considerável do seu quadro clínico em um período de tempo muito pequeno.

Observou-se neste estudo que, embora não muito frequente, dentre os erros observados, há pouca rigidez no

controle da velocidade de infusão de algumas medicações endovenosas. Outros autores corroboram esses achados, identificando esse mesmo erro em 6% dos erros de medicação que encontraram.⁹ A velocidade de infusão, dependendo do medicamento a ser utilizado, pode trazer diversos problemas para o paciente, como necrose tecidual, perda do acesso venoso, dentre outros.¹⁵

Dos erros de medicação relacionados à via de administração observou-se a realização de injeções subcutâneas em vez de intramuscular e mudanças sem autorização de via nasogástrica para via oral. Situação semelhante já foi observada na literatura, sendo responsável, em alguns estudos, por 28% dos erros de medicação encontrados.¹

Foram observados alguns erros na dosagem da medicação prescrita que estavam estreitamente relacionados com sua técnica de preparo e administração, uma vez que o profissional, por vezes, não realizava a diluição correta, alterando a dose que deveria ser ministrada. Outra situação comum de erro de dose foi em ocasiões de trituração de medicação para posterior passagem na sonda nasogástrica ou nasoentérica, em que a equipe de enfermagem, por vezes, não utilizava todo o comprimido triturado, deixando resquícios dele na bancada de trabalho. Os erros relacionados à dose são comumente descritos na literatura, estando presentes em cerca de 20% dos erros de medicação encontrados.^{1,5,19}

Foram encontrados, neste estudo, vários erros relacionados à diluição de medicamentos. Observou-se troca do diluente prescrito ou preconizado na literatura por outro disponível mais facilmente na instituição, como água bidestilada, e também a mistura de duas ou mais medicações no mesmo sistema fechado sem critério cientificamente estabelecido, favorecendo o risco do surgimento de interações químicas desfavoráveis entre os medicamentos. Trabalhos recentes descrevem a ocorrência de mais de 10% desse tipo de erro^{9,19} durante o processo de preparo e administração de medicações.

Os horários das medicações foram considerados errôneos quando a diferença entre a hora prescrita e ministrada foi de ± 60 minutos.³ Foi o erro mais frequente encontrado e o único que, em parte, pode estar relacionado a fatores que poderiam desviar a atenção do profissional durante o preparo e a administração de medicação, uma vez que 21% desses erros ocorreram concomitantemente a trocas em horário não padronizado da prescrição e não comunicadas pela equipe médica. Na literatura, podem-se notar resultados divergentes sobre esse mesmo erro. Alguns trabalhos mostram esse tipo de ocorrência em menos de 10% dos casos,^{9,19} enquanto outros demonstram que este erro acontece mais de 30% das vezes.^{5,20}

Chamou a atenção das pesquisadoras a grande incidência de falhas relacionadas a técnicas básicas durante o preparo e a administração de medicamentos. Foram observadas falhas na lavagem de mãos antes do início do preparo das medicações, ausência de assepsia de ampolas e do procedimento de lavagem de sondas nasogástricas e nasoentéricas antes ou depois da administração de medicamentos. A literatura considera essas situações como de consequência insignificante, entretanto esses são procedimentos básicos que devem ser respeitados, sendo que o último, mesmo sendo

um fator que não leva ao erro, é considerado falha no processo medicamentoso.

Os erros na técnica de preparo e administração de medicamentos também foram referidos em pesquisas, no entanto com uma ocorrência bem menor.^{9,19}

Não foram encontrados erros de trocas de medicação ou de pacientes durante o período de observação. Essa situação pode ser decorrente da atenção dos trabalhadores na sua função e do reduzido número de pacientes internados nesse setor. No entanto, são erros mostrados em trabalhos anteriores, correspondendo a 17% relativos à administração de medicamento errado e 8% relacionados a troca de pacientes.⁵

Durante o período de coleta de dados, foram identificados 100 eventos que puderam ser considerados como fatores que poderiam causar distração da equipe de enfermagem, predispondo ao erro durante o preparo e a administração de medicação, tais como: telefone fixo da instituição ou celular pessoal tocando; interrupção por outros profissionais; mudanças não padronizadas das prescrições médicas; sobreposição de diferentes tarefas desempenhadas pelo mesmo profissional, como cuidados de higiene e conforto, nos horários padronizados para administração de medicações; e ausência de planejamento formal da assistência, como rotinas escritas de admissão e sistematização da assistência de enfermagem.

O telefone tocando, embora não tenha se mostrado um fator desencadeante de erro neste estudo, foi citado por outros autores como um efeito que pode levar ao erro.⁶ As mudanças não padronizadas na prescrição foram citadas em outros trabalhos como uma falha na comunicação entre as equipes médica e de enfermagem, uma vez que, após a mudança da prescrição, o medicamento continuava sendo administrado conforme prescrição anterior.¹⁰

Embora tenham sido observados vários fatores capazes de distrair os profissionais durante o preparo e administração da medicação, os erros aconteceram de modo independente, não se caracterizando como uma consequência.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados permitem inferir que, na condição estudada, não existe relação direta entre os fatores que podem ocasionar a distração da equipe de enfermagem e os erros relacionados ao preparo e à administração de medicamentos.

Assim, faz-se necessário a continuidade deste trabalho a fim de serem conhecidos quais fatores podem estar levando aos erros de preparo e de administração de medicamentos por meio do relato dos indivíduos observados, visto que há erros, porém não correlacionados a fatores de distração.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Educação Tutorial (PET Enfermagem) da Unifal-MG; à direção da instituição hospitalar, que aceitou a realização da pesquisa; e aos profissionais do CTI, que permitiram ser observados.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho VP, Cassiani SHB, Chiericato C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 1999; 7(5):67-75.
2. Coimbra JAH, Cassiani SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2001; 9(2):56-60.
3. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medications process: frequency, type, and potencial. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17(1):15-22.
4. Cassiani SHB, Miaso AI, Silva AEBC, Fakin FT, Oliveira RC. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(5):781-9.
5. Balas MC, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Appl Nurs Res*. 2004;17(4):224-230.
6. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. *J Clin Nurs*. 1999; 8:496-504.
7. Girotti MJ, Garrick C, Tierney MG, Chesnick K, Brown SJL. Medication administration errors in an adult intensive care unit. *Heart Lung*. 1987; 16(4):449-53.
8. Carvalho VP, Cassiani SHB. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(4):523-9.
9. Tissot E, Cornette C, Demoly P, Jacquet M, Barale F, Capellier G. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. *Intensive Care Med*. 1999; 25:353-9.
10. Carvalho VP, Cassiani SHB. Erros de medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 33:322-30.
11. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
12. Motta ALC, Santos NCM. Manuseio e administração de medicamentos. São Paulo: Iátria; 2003.
13. Universidade de Campinas. Procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2000.
14. Posso MBS. Semiologia e semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2000.
15. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
16. Brasil. Ministérios da Saúde; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96 – Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
17. Valentin A, Bion Julian. How safe is my intensive care unit? An overview of error causation and prevention. *Curr Opin Crit Care*. 2007, 13:697-702.
18. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, *et al*. The critical care safety study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*. 2005, 33:1694-700.
19. Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, Theodorou AA, Priestley G. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Crit Care Med*. 2006;34(2).
20. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Bauer P, Metnitz P. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *BMJ*. 2009; 338 (b814).

O CUIDADO PERIOPERATÓRIO AO PACIENTE ORTOPÉDICO SOB O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PERIOPERATORY CARE OF THE ORTHOPAEDIC PATIENT FROM THE NURSING TEAM PERSPECTIVE

CUIDADO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Jessica Mayumi Hayashi¹
Mara Lúcia Garanhani²

RESUMO

Estudo qualitativo-descritivo cujo objetivo foi revelar o significado do cuidado perioperatório para a equipe de enfermagem desenvolvida com pacientes ortopédicos de um hospital universitário. A coleta de dados foi por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, totalizando 15 entrevistados, 6 enfermeiros e 9 técnicos de enfermagem. A análise apoiou-se nos procedimentos adotados por Martins e Bicudo, o que possibilitou a formulação de quatro categorias temáticas: 1. *Necessidades de cuidado do paciente ortopédico*; 2. *Cuidado ao paciente ortopédico*; 3. *Significado do cuidado*; e 4. *Autocuidado praticado pela equipe de enfermagem*. Os resultados demonstraram a valorização das necessidades individuais dos pacientes, nos âmbitos biológico, psicológico, social e espiritual. Os entrevistados refletiram sobre o significado polissêmico da palavra "cuidado", por meio do silêncio e dúvidas, e expressaram significados como zelo, atenção, preocupação e oferecimento de ajuda ao outro. Eles consideraram a importância do autocuidado na própria vida, pois acreditam que primeiramente é necessário o cuidado de si para que possam realizar o cuidado do outro.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem Ortopédica.

ABSTRACT

Qualitative and descriptive study aimed to reveal the meaning of the orthopaedic patients' perioperative care developed by the nursing staff of a university hospital. Data was collected through recorded semi-structured interviews totalling 15 respondents, six nurses and nine nursing technicians. The analysis was supported in the procedures adopted by Martins and Bicudo and enabled the development of four thematic categories: 1) orthopaedic patient caring needs; 2) orthopaedic patient care; 3) meaning of care, 4) the self-care practiced by nursing staff. The results demonstrated appreciation of individual needs of patients at a biological, psychological, social, and spiritual level. Respondents reflected on the meaning of the polysemic word "care" through silence and doubt, and expressed meanings such as zeal, attention, concern and offering help to others. They considered the importance of self-care in their own lives for they believe it is necessary to know how to care for themselves first before caring for others.

Key words: Nursing Care; Perioperative Nursing; Orthopaedic Nursing.

RESUMEN

Estudio cualitativo descriptivo con el objetivo de revelar el significado del cuidado peri operatorio para el equipo de enfermería llevado a cabo con pacientes ortopédicos de un hospital universitario. La recogida de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas grabadas, totalizando 15 entrevistados: seis enfermeros y nueve técnicos de enfermería. El análisis siguió los procedimientos de Martins y Bicudo lo cual permitió establecer cuatro categorías temáticas: 1) Necesidades de cuidado del paciente ortopédico; 2) Cuidado del paciente ortopédico; 3) Significado del cuidado y 4) Autocuidado practicado por el equipo de enfermería. Las entrevistas revelaron el valor de las necesidades individuales de los pacientes a nivel biológico, psicológico, social y espiritual. Los entrevistados reflexionaron sobre el significado polisémico de la palabra "cuidado", con silencio y dudas, y expresaron significados como interés, atención, preocupación y ofrecimiento de ayuda al otro. Además, consideraron la importancia del auto cuidado pues piensan que primero hay que cuidarse para después cuidar a los demás.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Enfermería Perioperatoria; Enfermería Ortopédica.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

² Professora Doutora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

Endereço para correspondência – Rua Doutor Alberto Romi nº 95. Jd. Dom Bosco. Londrina-PR, CEP: 86060-390. e-mail: jessica_mayumi88@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O trauma é considerado um problema de saúde pública dada a morbimortalidade com prevalência na população economicamente ativa. No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte (14,14%).¹ As lesões traumáticas do sistema musculoesquelético representam raramente risco de morte, porém podem determinar perdas funcionais importantes.² A intervenção eficaz para o restabelecimento das estruturas afetadas, muitas vezes, é a cirurgia ortopédica.

Em 1741, a palavra “ortopedia” – derivada do grego *orthos*, que significa reto, e *paidios*, que significa criança – foi utilizada pela primeira vez por Nicholas André para intitular seu livro, no qual discutia a prevenção e a correção de deformidades ósseas em crianças. Já em 1982, o American Board of Orthopaedic Surgery definiu a cirurgia ortopédica como especialidade médica que inclui a investigação, a preservação e a restauração da forma e da função dos membros, da coluna vertebral e de outras estruturas.³

Os pacientes ortopédicos necessitam de atenção especial, seja na fase que antecede a cirurgia, dados os sentimentos de ansiedade e medo, seja no período pós-operatório, pois muitas vezes ficarão limitados nas atividades de vida diária, necessitando do auxílio dos cuidadores.

Como a cirurgia ortopédica está em constante transformação por causa dos avanços tecnológicos, exigem da enfermagem perioperatória os conhecimentos de anatomia e fisiologia, bem como dos equipamentos e instrumentos cirúrgicos específicos, materiais de próteses e órteses para a compreensão dos cuidados necessários para com o paciente ortopédico.

O período perioperatório compreende o momento pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório ou; seja, desde o momento em que o paciente sabe de seu diagnóstico e decide pela cirurgia até sua recuperação e reabilitação.

O cuidado deriva de latim *cura*, usado no contexto de relações de amor e amizade; expressa a atitude do cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto querido⁴. Existem duas possibilidades de cuidado: o assumir pelo outro, fazer pelo outro – dessa forma o outro pode tornar-se dominado e dependente; já a segunda possibilidade favorece ao outro em suas potencialidades para vir a ser, ou seja, ajuda o outro a cuidar do seu próprio ser, preservando-lhe a autonomia.⁵ A complexidade da aplicação do cuidado apresenta-se na atuação multiprofissional, na preservação da autonomia e na dividualidade do ser humano.⁶

O processo de trabalho na área de saúde inicia-se no momento do encontro entre profissional e usuário. Essa relação de ambos deve almejar a produção do cuidado, que se concretiza por tecnologias, vigentes no processo atual de trabalho por meio da tecnologia leve que envolve as relações usuário/profissional; tecnologia leve-dura, relacionada ao conhecimento técnico adquirido

e tecnologia dura, que compreende os procedimentos realizados, associados ao uso de equipamentos e instrumentos.⁷

Dessa maneira, é imprescindível que a humanização esteja diretamente ligada ao cuidado, uma vez que é inerente ao ser humano. Está na essência do indivíduo, pelo reconhecimento mútuo entre profissional e usuário do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade, respectivamente.⁸

Durante a fase de internação hospitalar, a equipe de saúde é responsável pelo cuidado ao paciente, e a enfermagem, considerada a profissão do cuidado, busca assegurar uma assistência integral e individualizada com qualidade ao paciente. Assim, interroga-se: Como a equipe de enfermagem percebe o desenvolvimento da assistência ao paciente cirúrgico-ortopédico? Qual é o significado de cuidado para eles?

O objetivo com esta pesquisa, portanto, foi compreender o significado do cuidado perioperatório com pacientes ortopédicos para enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como suas práticas de autocuidado.

CAMINHO PERCORRIDO PARA A COLETA DE DADOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade da estrutura do Fenômeno Situado.⁹

A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2010, nos setores de internação, feminino e masculino, bem como no centro cirúrgico. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente por meio da escala de trabalho, incluindo profissionais dos períodos matutino, vespertino e noturno de cada um dos setores, e conforme disponibilidade pessoal. Dessa forma, foram entrevistados 6 enfermeiros e 9 técnicos de enfermagem, totalizando 15 participantes do estudo. Todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceitaram participar da pesquisa. Buscou-se com esta configuração de participantes apreender o significado de cuidado perioperatório sob o olhar de diferentes profissionais de enfermagem.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando as seguintes questões: Descreva para mim a sua rotina de cuidado com o paciente cirúrgico da ortopedia. Quais os cuidados mais frequentes realizados com este paciente? Quais as necessidades de cuidado que você considera que o paciente cirúrgico da clínica de ortopedia apresenta? Você compartilha o cuidado do paciente cirúrgico da ortopedia com outros membros da equipe? Quais e em que situações? (quando, como). Existem situações no seu cotidiano que você se sente cuidado? Quem você identifica que cuida de você como equipe de saúde, aqui no hospital? O que significa cuidado para você? Como você se cuida na sua vida?

Essas questões foram norteadoras para o pesquisador entrevistador e foram feitas na totalidade de acordo com o desenvolvimento das entrevistas. Ocorreram ocasiões em que o entrevistado já respondia a mais de

uma questão ao mesmo tempo, e nesses casos não foi necessário utilizar todas as questões propostas.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, buscando revelar o significado de cuidado perioperatório para a equipe de enfermagem. Para manter o anonimato dos profissionais participantes desta pesquisa, as entrevistas estão identificadas com as letras E para enfermeiros e T para os técnicos de enfermagem, seguidas de um número colocado aleatoriamente, não seguindo a ordem de realização da entrevista e omitindo a informação do setor e turno de trabalho.

A etapa da análise foi apoiada nos procedimentos adotados por Martins e Bicudo⁹ e consistiram em dois momentos.

No primeiro momento foi realizada a análise individual ou ideográfica. Essa análise refere-se à inteligibilidade dos significados presentes que se articulam nas suas inter-relações e na sua unidade estrutural. Nessa etapa, foram feitas leituras flutuantes e exaustivas, seguidas da identificação de unidades de significados em cada discurso transcrito das 15 entrevistas realizadas. Após a seleção das unidades de significados foi realizada a interpretação dessas unidades, buscando evidenciar as convergências internas nos discursos e suas possíveis contradições.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou análise nomotética, cujo objetivo foi alcançar a estrutura geral psicológica, proporcionando um movimento de convergências e divergências que se mostrarão nos casos individuais. Nesse procedimento, buscou-se a aproximação das unidades de significados interpretadas nos 15 discursos individuais dos profissionais de enfermagem. Essa aproximação permitiu identificar as convergências presentes nos discursos. Não houve divergências explícitas entre os entrevistados. Assim, a análise geral possibilitou a construção de quatro categorias temáticas: 1. *Necessidades de cuidado do paciente ortopédico*; 2. *Ações de cuidado perioperatório com o paciente ortopédico*; 3. *Significado de cuidado para a equipe de enfermagem*; e 4. *O autocuidado praticado pela equipe de enfermagem*.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário do Norte do Paraná com Parecer nº 122/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentadas, a seguir, as categorias construídas que revelam o fenômeno estudado: o significado do cuidado perioperatório ao paciente ortopédico para a equipe de enfermagem. Ressaltamos que, como os participantes envolviam trabalhadores das unidades de internação e do centro cirúrgico, cada um contribuiu com seu olhar e sua experiência na construção das quatro categorias.

1. Necessidades de cuidado do paciente ortopédico

Na primeira categoria trata-se das necessidades do paciente ortopédico cirúrgico durante sua hospitalização.

Em seus discursos, enfermeiros e técnicos de enfermagem destacaram a importância da analgesia como necessidade de cuidado ao paciente ortopédico. As intervenções relacionadas para o controle da dor foram o uso de escala correspondente e a administração de medicamentos.

Para mim a necessidade dele é analgesia porque ele tem muita dor, então eu fico sempre muito atenta e sempre pergunto: 'Está com dor? Se tiver com dor, por favor, avisar qual é a sua dor: é número três, cinco?' Então, a gente usa a escala da dor, então muitas vezes eles falam: "Minha dor é nove, uma dor quase insuportável, porque a gente tem aqui a escala da dor e geralmente a gente aplica no paciente ortopédico; eu, pelo menos, quando examino o paciente, costumo perguntar. (E1)

O que ele mais necessita que a gente faz é o que eu falei para você é mais a dor; esses pacientes queixam muito de dor, então a gente tem que medicar eles para eles não terem dor. (T3)

Quanto ao período pós-operatório, as cirurgias ortopédicas estão diretamente associadas com a dor de intensidade moderada a intensa, por isso uma atenção especial para a analgesia a ser administrada. Além disso, deve-se verificar a presença de déficits motores, sangramento e a imobilização precoce, pelo alto risco de tromboembolismo.¹⁰

Além do controle da dor, os discursos, tanto de técnicos quanto dos enfermeiros, apontaram que o paciente ortopédico apresenta necessidades relacionadas às causas de sua hospitalização. Entre esses cuidados destacam-se a estabilização de fraturas, o alinhamento dos membros e o posicionamento correto:

Geralmente é mais alinhamento, colocar travesseiro e deixar tudo certinho ... (T6)

Normalmente ele vem para nós e se tiver uma fratura exposta tem que estabilizar. (E1)

A equipe de enfermagem é responsável pelo estabelecimento e desenvolvimento de diversas ações de cuidado de acordo com a especificidade cirúrgica;¹¹ para tanto, no caso da especialidade da cirurgia ortopédica, os cuidados que merecem destaque foram a estabilização de fraturas, o alinhamento e o posicionamento corretos.

Outra necessidade de cuidado revelada pelos entrevistados diz respeito à autonomia do paciente, apesar das limitações impostas no momento da hospitalização:

Na parte do cuidado de enfermagem, se for ferida de braço, o paciente já é mais independente; [...] se não for a mão dominante, ele até consegue fazer a higiene oral sozinho, mas muitas vezes a enfermagem tem que assistir. (E1)

A perda da autonomia do paciente e a ruptura com as atividades de vida diária geradas pelo fato da internação hospitalar propiciam os sentimentos desconfortáveis.¹² Portanto, vale ressaltar que os cuidados prestados

durante a hospitalização devem permitir a estimulação da independência do paciente ortopédico conforme as necessidades individuais, pois cada pessoa tem seu histórico de vida, que deve ser respeitado.

Os entrevistados também descreveram necessidades humanas básicas, tais como alimentação, eliminações, repouso e conforto:

[...] como café da manhã, almoço e jantar auxiliando [...]. Na verdade é o conforto. Assim, às vezes, o paciente está nervoso e nunca passou por uma cirurgia, então é o que eu vejo mais na ortopedia realmente. (E4)

[...] e assim a diurese, se ele tem diurese; a eliminação intestinal. (T3)

De acordo com os discursos, pode-se perceber que no desenvolvimento da enfermagem as necessidades humanas básicas são consideradas orientadoras de suas ações de cuidado. Indo ao encontro do que os entrevistados colocaram, alguns autores¹³ salientam que as necessidades humanas básicas fazem parte do cuidado de enfermagem, pois, quando se compreende os aspectos biológico, psicológico e social que norteiam o tipo de relação, o ser humano reage com uma resposta para cada estímulo, buscando a adaptação da nova situação. A associação desses níveis e suas relações adaptativas de forma satisfatória direcionam para a existência saudável do indivíduo.

Outra necessidade de cuidado apontada pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros foi o cuidado para que o procedimento cirúrgico aconteça no menor tempo possível, diminuindo o tempo de internação:

Eles ficam muito tempo internados antes de operar, então já entram em quadro de infecção e pneumonia. (T6)

Outra coisa que me preocupa também é que por muitas vezes eles ficam muito tempo internados aguardando a cirurgia. Eles ficam colonizados, então, se o paciente que está internado aqui internou, ele tinha que fazer cirurgia no dia seguinte e no outro já poder ir embora. Se tivesse o procedimento sem intercorrências, ficariam de três a quatro dias internados, mas às vezes eles ficam aguardando a cirurgia durante sete dias. (E1)

Justificaram que o tempo de espera é propício para a colonização da flora da pele, o que, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de infecção. Essa percepção do tempo de internação antes da cirurgia é diretamente proporcional ao risco de infecção do sítio cirúrgico.¹¹

Destaque-se que eles relataram, também, necessidades especiais ao idoso, em razão da fragilidade da pele, da atenção na alimentação e da suscetibilidade a complicações como pneumonia e infecção.

Paciente ortopédico, principalmente idoso, que o problema maior não é a fratura, e sim a pneumonia e as infecções, tanto é que há pacientes com 90 anos e interna para fazer alguma cirurgia ortopédica; muitos que nem conseguem fazer a cirurgia, morrem antes, pela pneumonia. (E2)

A necessidade da atenção com particularidades ao idoso no período perioperatório evidencia que ele requer cuidados especiais, considerando a fragilidade imposta pela doença, pelo envelhecimento e pela própria situação cirúrgica, que provoca estresse físico e psicológico, propiciando o maior risco de complicações perioperatórias.¹⁴

2. Cuidado ao paciente ortopédico

A segunda categoria trata das rotinas de cuidados ao paciente ortopédico cirúrgico e está dividida nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

Período pré-operatório

Os discursos identificaram a rotina de cuidados ao paciente ortopédico no período pré-operatório, que se inicia no momento da admissão; realização de procedimentos como sonda vesical de demora, tricotomia, verificação do jejum e punção de acesso venoso calibroso:

Esse plano a gente segue geralmente depende a cirurgia a gente faz a tricotomia no local que o médico daquela área do ato cirúrgico, daí a gente já prepara o paciente, aí a gente vê mais ou menos a hora que vai ser a cirurgia, e faz a tricotomia, se é às oito faz as seis horas. (T3)

Outro cuidado se a anestesia for raqui, dependendo do tempo da cirurgia, vai ter que passar uma sonda, raramente são aqueles que vêm já do setor. (T7)

A assistência de enfermagem pré-cirúrgica, de maneira geral, abrange o preparo sociopsíquico-espiritual e o preparo físico. No primeiro envolve os aspectos quanto à assinatura do termo de responsabilidade, a explicações aos familiares e pacientes sobre a cirurgia, buscando tranquilizá-los em caso de ansiedade e medo do desconhecido, fortalecendo-lhes a autoestima e promovendo o entrosamento deles com o ambiente hospitalar. O preparo físico envolve realizar consulta de enfermagem; preparar o paciente para a realização dos exames laboratoriais; iniciar o jejum; verificar sinais vitais; administrar medicação pré-anestésica, se prescrita; realizar tricotomia do membro a ser operado; remover adornos; promover o esvaziamento vesical, colocar roupa cirúrgica apropriada, transportá-lo de maca até o centro cirúrgico com prontuário; e exames realizados. Podemos identificar que os cuidados referentes ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e necessidades individuais, com o objetivo de atender aos aspectos psíquicos e físicos demonstrados durante esse período.¹¹

Portanto, vale destacar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) como ferramenta norteadora das ações de cuidado de enfermagem, que compreende um ato privativo do enfermeiro por meio das etapas: visita pré-operatória, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação

e visita pós-operatória para contemplar as distintas fases do cuidado perioperatório para a qualidade da assistência de enfermagem.

Verificou-se, também, nos discursos, quanto à especificidade dos cuidados em relação à cirurgia ortopédica,

se o paciente da ortopedia tem uma restrição. Paciente com fratura deve ficar imobilizado com tala gessada. (T2)

Se está em tração, ver os cuidados com a tração, que às vezes o pessoal manda com o peso sobre a cama e a gente tem que ter o cuidado para tracionar o membro novamente. (E6)

Dessa maneira, há as necessidades específicas de cada cirurgia relacionadas ao posicionamento no período perioperatório, preparo cutâneo, equipamentos, instrumentação e suprimentos;¹⁵ cuidados esses que também foram relatados nos discursos, como o uso dos aparelhos ortopédicos, tração e a tala gessada para o sucesso do tratamento e reabilitação do paciente.

Período transoperatório

Durante o transoperatório, os enfermeiros e técnicos relataram que o paciente é admitido e direcionado à sala operatória, onde se verifica seu posicionamento adequado, seu conforto térmico e, após o procedimento cirúrgico, o encaminhamento à sala de recuperação anestésica.

E, depois, o que o médico recomenda mesmo, a posição que ele tem que ficar, [...] e quando o paciente está anestesiado a gente tenta dar o maior conforto possível. [...] Cabe a nós o conforto térmico do paciente porque os cirurgiões acabam se preocupando com eles por causa do jaleco que eles estão usando, e a cirurgia é muito longa. Quando termina a cirurgia, o paciente está totalmente gelado e você não sabe se ele está tremendo por causa de dor ou por causa, realmente, da sensação térmica. (T8)

Quanto ao ambiente físico na sala de operação, destaca-se que embora seja importante a manutenção de temperaturas baixas por meio do ar condicionado, com o objetivo de manter o ambiente asséptico e visando ao conforto da equipe cirúrgica, é relevante atentar para as diferentes formas de perda de temperatura às quais o paciente cirúrgico fica exposto. Assim, reforça-se que se deve manter o zelo em relação à sensação térmica do paciente. Portanto, observando a manutenção de uma temperatura confortável, é necessária atenção equitativa entre as necessidades voltadas para paciente e as voltadas para a equipe e ambiente.¹⁶

Entre os técnicos de enfermagem o que ressaltou foram os procedimentos realizados na sala de operação, como posicionamento cirúrgico e a instrumentação:

A gente vê o posicionamento que vai ficar na sala, se vai precisar de posicionador... (T7)

Eu instrumento cirurgia. (T9)

O posicionamento do paciente na mesa cirúrgica é um procedimento que varia de especialidade para especialidade, exigindo da equipe conhecimento de anatomia, fisiologia e patologia humana na assistência ao paciente cirúrgico. Na cirurgia ortopédica, o posicionamento deve proporcionar exame adequado da área operada, manter alinhamento corporal, minimizar a tensão ou a pressão sobre nervos e músculos. Dessa maneira, a seleção do posicionamento depende de vários fatores, inclusive do tipo de procedimento, da localização da lesão e da preferência do cirurgião.¹⁷

Outro cuidado mencionado diz respeito à conferência do prontuário, uma ação simples, mas que tem grande importância no contexto da unidade de centro cirúrgico, pois envolve a conferência dos exames pré-operatórios que influenciarão diretamente no ato cirúrgico.

Aí o pessoal vê todos os exames, aí os residentes falam para já mandar para sala. (T7)

Após a realização do ato cirúrgico, tanto técnicos quanto enfermeiros ressaltaram os cuidados realizados na recuperação anestésica:

O momento que ele volta da operação para a sala de recuperação [...] também tem a mesma característica dos outros pacientes. Uma anestesia geral que vai precisar colocar oxigenoterapia, verificar vias aéreas, capacidade pulmonar, sinais vitais, dor, perfusão do membro operado, dreno, quantidade de sangramento e bloqueio em anestesia geral, nível de bloqueio e verificar sinais vitais até ser encaminhado para a unidade. Como eu fico na sala de recuperação, eu atendo da mesma forma: recebo o paciente, [...] fazendo aquela entrevista na admissão. (E6)

Os pacientes permanecem na sala de recuperação anestésica até o momento da estabilização hemodinâmica. Nesse período, realiza-se a avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes que foram submetidos à ação de drogas anestésicas. Dessa forma, ressalta-se a importância da atenção ao paciente com instabilidade orgânica e emocional decorrente do trauma anestésico-cirúrgico.¹⁸

Considerando os diferentes portes dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos, é muito importante que a enfermagem, na recuperação anestésica, verifique constantemente a condição fisiológica do paciente, dada a instabilidade hemodinâmica após o ato cirúrgico.

Período pós-operatório

No pós-operatório, os entrevistados direcionaram atenção especial ao exame físico, escala de dor, observação de sangramento e procedimentos como curativos, aparelho ortopédico, sinais de complicações, intervenções em relação à alimentação e eliminação. Quanto à higienização, mudança de decúbito, sinais vitais e cabeceira elevada foram cuidados referidos como constantes com o paciente ortopédico.

Ele vem do centro cirúrgico no pós-operatório com dor, sangrando. Então, é uma coisa que tem que persistir quando eu percebo que não está comendo evita de passar sonda, mas se ele não estiver comendo tem que passar sonda nasoenteral e continua alimentando pela boca para ele não se desnutrir, então eu costumo ver o que podemos fazer no transito intestinal. (E1)

Se tiver curativo, a gente vai ver o curativo. (T3)

A gente costuma deixar a cabeceira elevada no mínimo 45°, principalmente à noite, para evitar as broncoaspirações. (E4)

No pós-operatório, independentemente da especificidade do ato cirúrgico, são realizados cuidados gerais, como a transferência do paciente da maca para a cama da enfermaria; posicionamento; adequado conforme a cirurgia; controle térmico; manutenção da função respiratória; observação do estado geral; verificação de anormalidades no curativo; observação do funcionamento de sondas, cateteres e drenos; controle dos sinais vitais; promoção de conforto e segurança através de meio ambiente adequado; realização de mudança de decúbito; promoção de movimentação ativa e passiva; deambulação; e orientação da família para a alta.¹¹

Assim, ressalte-se a importância de individualizar a assistência ao paciente ortopédico, atentando-se para não cair na sequência rotineira de cuidados gerais aos pacientes cirúrgicos.

Dentre os cuidados específicos, descreveram os relacionados à tala gessada, aparelho ortopédico e deambulação:

Tala gessada cuidado para ver se não está apertando, lesionando, porque às vezes faz lesão. (T4)

A assistência pós-operatória visa à melhor reabilitação do paciente cirúrgico. Observou-se que a assistência é diferenciada dada a especificidade do local onde foi realizado o procedimento.¹¹ Além disso, com os avanços tecnológicos na área ortopédica, a utilização de dispositivos implantáveis tem minimizado o desconforto do paciente, melhorando a qualidade de vida em relação ao déficit de mobilidade.¹⁹

No auxílio do cuidado integral ao paciente são utilizados instrumentos como a prescrição médica e de enfermagem para se adequar no processo de trabalho.

Nós prescrevemos os cuidados pertinentes à patologia do paciente: se é uma tração, se é um gesso, uma tala gessada, um colar cervical. (E3)

Então olho a prescrição médica, vejo a analgesia e volto só depois para ver sinais vitais e dar mais um remate final na assistência. (E1)

O processo de enfermagem envolve diagnóstico, intervenções e resultados importantes para o raciocínio clínico, de forma a serem executados pelos técnicos de enfermagem por meio da prescrição de enfermagem, influenciando na organização e otimização da assistência.²⁰

Ainda nessa categoria, os entrevistados revelaram as maneiras como eles compartilham o cuidado ao paciente ortopédico no período perioperatório. O compartilhamento do cuidado está inserido no processo de trabalho por meio da equipe multidisciplinar com médicos, nutricionista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes e internos de enfermagem. Destaque-se que o trabalho em equipe é um processo em desenvolvimento e com muitos desafios a vencer. Os profissionais de enfermagem ressaltaram aspectos vivenciados nesse processo de trabalhar com o outro na busca da solidariedade e da cooperação:

Eu fico feliz porque na ortopedia a gente tem uma liberdade muito grande em trabalhar. (E1)

A nossa escala é bem complicada, se o colega tá aí e você precisa ele te ajuda e você retribui. (T2)

Dessa maneira, a atuação do trabalho em equipe está em constante transformação, permitindo tanto as relações entre os profissionais, quanto na dimensão das relações com os usuários e familiares. Este trabalho em saúde deve ser prestado ao ser humano ou coletividade conforme as especificidades individuais.²¹

3. Significado do cuidado

A terceira categoria versa sobre o significado de cuidado para a equipe de enfermagem. Foram percebidos nos discursos, quando solicitados sobre o significado do cuidado, diversas reações dos entrevistados, desde o silêncio, susto e falta de reflexão em relação à complexidade desse conceito:

Cuidado, o que significa para mim? Cuidado é... ai eu não sei... Silêncio (pensativo) Eu não sei colocar isso. Não sei. Apesar de já ter ouvido, o que é realmente o cuidado eu não sei. (T1)

O cuidado? Ai meu Deus o cuidar! (Silêncio). (E5)

O termo "cuidado" é considerado polissêmico e complexo, possibilitando que cada um manifeste de maneira individual sua concepção e seus significados de acordo com suas experiências vividas. Fundamenta-se na sensibilidade do indivíduo, e para tanto, ao reconhecer e observar o outro e também a si mesmo, sempre se tem a possibilidade de criar um ambiente simbólico de cuidado, expressando sua complexidade e singularidade.²² Dessa maneira, os entrevistados da pesquisa, após refletirem, revelaram significados de cuidado como zelar pelo outro, ter atenção, ter preocupação e oferecer ajuda.

É o zelar para a pessoa que precisa. (E3)

É para gente prestar atenção. (T7)

O cuidado é a gente se prevenir. É a prevenção. Você sempre ficar alerta para alguma coisa que poderá acontecer a qualquer momento, Eu acho que mais é a prevenção. (T3)

O cuidado se concretiza na sociedade com significado de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, colocar-se no lugar do outro, empenhar esforços transpessoais. O cuidado em enfermagem revela duas premissas: uma objetiva que se refere aos procedimentos e técnicas; e outra subjetiva, na sensibilidade, criatividade e intuição de cuidar do outro²³:

Fazer curativo, o que ele está precisando. (T1)

Fazer um carinho. (T4)

Os entrevistados também relacionaram significado de cuidado com necessidades humanas básicas e com autocuidado.

Como um todo, preocupar com a alimentação, com o sono, com as eliminações de verdade, se preocupar com as angústias. Nem sempre é possível a gente fazer alguma coisa, mas se você ficar alguns minutinhos conversando com o paciente, isso já muda. Esse é o meu cuidado. (E2)

Eu acho assim, é você ter um tempo para você. (E5)

Os entrevistados expressaram, também, significado de cuidado relacionado à qualidade de vida e à integralidade da assistência ao indivíduo no âmbito biopsicossocial, bem como ao auxílio no restabelecimento da autonomia dele:

O cuidado para mim está relacionado com a qualidade de vida do ser humano. (E1)

Para mim o cuidado é tudo. Não só a parte física, quanto a parte mental. (T9)

Cuidado para mim é atender o indivíduo conforme suas necessidades. Aí se abre um leque tanto do ponto de vista familiar, psicológico, relacionado com a própria patologia, as necessidades individuais dele, tendo em vista que ele tem toda uma rotina de vida lá fora que você não consegue conhecer ela por completo. (E4)

Cuidado para mim é você ver a pessoa como um todo, não como uma tração ou ah o membro elevado é lembrar que acima do membro, da fratura de úmero, de rádio, sei lá ou de tibia, existe uma pessoa. (E2)

Essa maneira de integração dos aspectos físico, psíquico, social e/ou espiritual reflete que o cuidado não se limita aos procedimentos técnicos ou apenas a uma simples intervenção profissional.²⁴

Você tem que fazer o cuidado pensando na capacitação do próprio cuidado do paciente, então eu acho que tem que trabalhar em cima dele. (E1)

Além de o cuidado envolver os aspectos físico, psíquico, social e/ou espiritual, para que o cuidado terapêutico seja efetivo é de extrema importância o comprometimento com o desenvolvimento pessoal e o respeito à autonomia do sujeito.²⁵

4. O autocuidado e a equipe de enfermagem

A quarta categoria representa as formas de autocuidado exercidas pela equipe de enfermagem.

Verificamos nos discursos que os entrevistados elegeram como forma de autocuidado a atividade física, a alimentação, a tranquilidade, o lazer e o tempo para si.

Sou uma pessoa que pratica esporte, como bem. (E3)

Ter certos cuidados para não passar mal, alimentação... (T6)

Eu tento ficar tranquilo, sem estresse, sem me preocupar com as coisas (E2)

Outra forma de autocuidado, tanto para técnicos como para enfermeiros, é a distinção do ambiente de trabalho e domiciliar:

Ah, eu sou assim, o que é daqui deixo aqui, o que é de casa deixo em casa, o que eu posso fazer eu faço aqui. [...] Eu procuro equilibrar tudo, porque não dá para ficar só para trabalhar – chegar, dormir e vir aqui. (T5)

Identificou-se nos discursos, também, a saúde do trabalhador, tais como a ergonomia e a realização exames de rotina como formas de autocuidado:

[...] até na nossa formação profissional nós temos algumas orientações sobre a nossa própria preservação, seja nos paramentando para atender o paciente, postural ou de esforço físico é muito comum para transportar paciente dependente, acamado, lesão de coluna por esforço muscular seja algum tipo de hérnia. (E3)

Verificou-se nos discursos que o modelo da medicina do trabalho se mantém na concepção do próprio trabalhador, pela visão eminentemente biológica e individual por meio da realização dos exames de rotina.²⁶

Por fim, outra maneira de autocuidado, segundo a equipe de enfermagem, são os estudos:

Que eu faço para mim? Eu faço uma pós-graduação que me dá prazer, dois sábados por mês, eu vou para sala de aula, vou estudar mais um pouco o centro cirúrgico. Então nessa hora eu estudo, sento, relaxo e aprendo um pouco. (T9)

Observou-se que os entrevistados percebem a importância do autocuidado, reforçando que para o cuidador cuidar do outro primeiramente é necessário seu olhar interior, cuidando de si antes de cuidar dos outros, ou seja, atenção ao *self*.²⁷

Finalizando os resultados deste trabalho, percebeu-se que, no período perioperatório, o paciente ortopédico necessita da interação da equipe multidisciplinar para o atendimento integral. A equipe de enfermagem está diretamente inserida no processo de trabalho, cuja

finalidade é o cuidado. A qualidade da assistência ao indivíduo envolve a associação da interação profissional/ usuário, o conhecimento científico e os procedimentos técnicos. O comprometimento dos profissionais em relação ao cuidado individualizado, integral e subjetivo proporciona a efetividade na atenção de forma humanizada ao paciente ortopédico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, verificou-se que os entrevistados valorizam as necessidades individuais dos pacientes nos âmbitos biológico, psicológico, social e espiritual. Quanto à necessidade da especificidade do paciente ortopédico, ressaltaram a importância da analgesia, estabilização de fraturas e o posicionamento correto.

Foi possível compreender as distintas faces do cuidado no período perioperatório, tanto de forma generalista, com a admissão, jejum, conforto, proteção térmica e os procedimentos de tricotomia, sondagem vesical de demora e curativos, como também os cuidados específicos ao paciente cirúrgico ortopédico em relação ao posicionamento e o uso de aparelho ortopédico.

Essa assistência adequada ao paciente só é possível pela atuação da equipe multiprofissional composta por médicos, nutricionista, equipe de enfermagem, residentes e internos de enfermagem.

Os entrevistados refletiram sobre o significado polisêmico da palavra cuidado por meio do silêncio e dúvidas e expressaram significados como zelo, atenção, preocupação e oferecimento de ajuda ao outro. Eles consideraram a importância do autocuidado na própria vida, pois, primeiramente, é necessário o cuidado de si para que possam realizar o cuidado do outro.

Nesta pesquisa demonstrou-se que o cuidado ao paciente ortopédico está sendo realizado de maneira adequada, conforme as condições da realidade do ambiente de trabalho. Sugere-se que a saúde do trabalhador deve ser revista pela instituição para oferecer melhor qualidade de vida aos profissionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao PIBIC/CNPq-UEL por conceber a Bolsa de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. [Citado em 2010 maio 19]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>.
2. Lino Junior W, Segal AB, Carvalho DE, Fregoneze M, Santiu C. Análise estatística do trauma ortopédico infanto-juvenil do pronto socorro de ortopedia de uma metrópole tropical. *Acta Ortop Bras.* 2005;13(4):179-82.
3. Alexander EL. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
4. Boff, L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes; 2000.
5. Heidegger M. Ser e tempo. Parte I. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
6. Erdmann AL, Souza FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2): 180-5.
7. Merly EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2000; 4(6):109-16.
8. Souza WS, Moreira MCN. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2008; 12(25): 327-38.
9. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.
10. Veiga V, Rojas SSOR, Morais EASM, Santos ECA, Cruz OO, Marchesini AM, et al. Protocolo pós-operatório de cirurgia ortopédica. 2009. [Citado em 2010 maio 19]. Disponível em: <<http://www.ineti.med.br/pdf%5Cdiretrizes%5Cdiretrizes20.pdf>>.
11. Galan NGA, Oda, RM. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. [Citado em 2010 ago. 10]; Disponível em: <http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros%20inferiores/PDF/cuidados_enferm.pdf>.
12. Figuera, J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH.* 2005;8(2):51-63.
13. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):367-73.
14. Lenardt MH, Hasmmerschmidt KSA, Pivaro ABR, Borght ACS. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(4): 735-45.
15. Hebert S, Xavier R. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):427-34.
17. Refondinil R, Portella E. Os cuidados com o preparo do paciente para a cirurgia vitreoretiniana; 2006.
18. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas Sobecc, Recuperação Pós Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 2ª ed. São Paulo: Sobecc; 2003.
19. Campos CR, Ercole FF. A visita domiciliar como método de vigilância pós-alta para cirurgias ortopédicas: uma visão integrativa. *Rev. Min. Enferm.* 2008; 12 (3): 412-420.
20. Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):150-7.

21. Matos E, Pires DEP, Ramos FRS. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. Rev. Min.Enferm. 2010; 14(1): 59-67.
22. Terra MG, Camponogara S, Silva LC, Girondi JBR, Nascimneto K, Radunz V. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006;15(Esp):164-9.
23. Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(2):266-70.
24. Backes DS, Souza FGM, Mello ALSF, Erdman AL, Nascimento KN, Lessmann JC. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006;15(Esp):71-8.
25. Prado ML, Reibnitz, KS, Gelbcke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2): 296-302.
26. Cavalcante CAA, Nóbrega JAB, Enders BC, Medeiros SM. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. Rev Eletr Enferm. [periódico na internet]. 2008 jan./mar. [Citado em 2010 ago. 10]. 10(1): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>.
27. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):17-25.

VIVÊNCIAS PERANTE A MORTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA

EXPERIENCES ON FACING DEATH: SOCIAL REPRESENTATIONS OF RELATIVES OF PATIENTS THAT HAVE NO POSSIBILITY OF A CURE

EXPERIENCIA ANTE LA MUERTE: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FAMILIARES DE PACIENTES SIN POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Moema da Silva Borges¹
Nayara Mendes²

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi conhecer as representações sociais de familiares de pacientes fora de possibilidades de cura. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva. Participaram da pesquisa cinco familiares com idade entre 19 e 45 anos. Utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semiestruturado. O campo de estudo foi um hospital-escola no Distrito Federal. Da análise das entrevistas, emergiram dois eixos distintos. No primeiro, foi possível apreender o arcabouço psicossocial que forja as representações sobre o processo da morte e do morrer. No segundo, verificou-se que os familiares avaliam o cuidado recebido como humanizado ou desumanizado, dependendo da atitude do profissional e das condições físicas e materiais da instituição. De forma geral, os resultados sinalizam a fragilidade do grupo familiar diante de um acontecimento doloroso. Eles reclamam da ausência de apoio da equipe de saúde, de uma comunicação efetiva que poderia fortalecer os vínculos que favorecem a emergência de mecanismos de adaptação no auxílio ao enfrentamento da doença e luto, podendo-se concluir, portanto, que os profissionais de saúde não estão preparados para atender às necessidades desse tipo de paciente.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Estresse Psicológico; Assistência Paliativa; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at determining the social representations of relatives of patients that have no possibility of a cure. It is a *descriptive and exploratory study* with a *qualitative approach*. Five family members, aged between 19 and 45 years, participated in the survey. Data was collected through guided, semi-structured interviews. The field study was a hospital school in the Federal District. Two distinct lines emerged from the analysis of the interviews: a) the psychosocial framework that forges the representations concerning the process of death and dying; and b) the relatives' health care evaluation as humanized or dehumanized, depending on the attitude of the professional and on the institution's physical and material conditions. The results revealed the weaknesses of a family group in the face of a painful event. The patients' relatives complained about the lack of support from the healthcare team. According to them an effective communication approach could strengthen links that encourage the emergence of mechanisms of adaptation to confront disease and grief. The study revealed that health professionals are not prepared to attend to the needs of this kind of patient.

Keywords: Humanization of Care; Psychological Stress; Palliative Care; Nursing Education.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer las representaciones sociales de familiares de pacientes sin posibilidades de cura. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo del cual participaron cinco familiares de 19 a 45 años. Los datos se recogieron en entrevistas semiestructuradas; el hospital-escola del Distrito Federal constituyó el campo de estudio. Desde el análisis de las entrevistas habían emergido dos árboles distintos. En el primer fue posible aprehender el andamiaje teórico psicossocial que forja las representaciones referentes al proceso de la muerte y de morir. En el segundo árbol se verificó que los familiares evalúan el cuidado recibido como humanizado o deshumanizado dependiendo de la actitud del profesional y las condiciones físicas y de sustancias de la institución. De modo general, los resultados señalan la fragilidad del grupo familiar frente un acontecimiento doloroso. Se quejaron de la falta de apoyo del equipo sanitario, de una comunicación eficaz que podría fortalecer los vínculos que alentar el surgimiento de mecanismos de adaptación en ayuda para combatir la enfermedad y el dolor. Todavía ellos permiten concluir que los profesionales de salud no están preparados para tomar el cuidado de las necesidades de este tipo de paciente.

Palabras clave: Humanización de la Atención; Estrés Psicológico; Atención Paliativa; Educación en Enfermería.

¹ Enfermeira docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.

² Enfermeira do Hospital de Santa Maria-DF. Bolsista voluntária de Iniciação Científica do programa de 2007 da Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. Endereço para correspondência: Moema da Silva Borges. SQN 205, Bloco G, aptº. 301. 70843-070 Brasília-DF. Brasília, Brasil. mborges@unb.br.

INTRODUÇÃO

No jogo existencial do ser humano no qual figuram a vida e a morte, esta última é um problema dos humanos vivos, pois, “embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas os seres humanos, dentre todos os seres vivos, sabem que morrerão”¹.

Nesse contexto, a morte de alguém sempre foi um desafio para o espírito humano. No Ocidente, antes do surgimento da medicina moderna, e em grupos não ocidentais, o adoecimento e a morte eram atribuídos a causas variadas, como pecado, vontade divina, bruxaria, a possibilidade de retorno de um ancestral que pretendia levar um membro da comunidade, dentre outras.^{2,3}

Nas sociedades primitivas, morria-se em público, pois nunca se estava só, fisicamente, no momento da morte. “Esse aspecto favorecia que fossem construídos sistemas de defesa contra a angústia da morte. Os ritos e as crenças da época não concebiam a morte como ausência ou separação irreparáveis”³. Assim, as sociedades vivenciavam a morte de modo mais familiar, e os próprios parentes cuidavam dos preparativos do corpo e do enterro. Naturalmente, essa prática não constituía uma experiência tranquila, uma vez que a morte era frequentemente associada a sentimentos de culpa e medo do castigo.^{4,5}

Dessa forma, a perda e o luto quase sempre eram vividos e compartilhados por todos, incluindo-se as crianças e os vizinhos. “Fechavam-se as persianas do quarto do agonizante, acendiam-se as velas, usava-se água-benta; a casa enchia-se de vizinhos, de parentes, de amigos sérios e de outros que cochichavam. O sino tocava na igreja”. Esse modelo de gestão familiar do morrer foi denominado de *morte tradicional*.⁵

Ao longo do século XX, a medicina passou a desempenhar importante papel na administração da morte. Seu progresso técnico logrou a redução da taxa de mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil e neonatal, além de prolongar a expectativa de vida.

Aliado a esse fato, o crescente movimento de industrialização, a demanda por mão de obra, o êxodo rural, “a falta de disponibilidade da comunidade para cuidar dos enfermos [e] a necessidade de um corpo saudável para o trabalho favoreceram o deslocamento dos doentes para locais apropriados para o seu tratamento, ou seja, os hospitais”⁶. Esse novo modelo de gestão da morte foi denominada de *morte moderna*.⁴

Na década de 1960, o progresso do conhecimento na área do intensivismo médico deslocou, definitivamente, a morte da casa para o hospital. Assim, “a morte passou terminantemente do domínio familiar para o domínio dos técnicos de saúde e os familiares passaram de agentes a espectadores da morte de seus entes queridos”².

Essa mudança trouxe consequências para o âmago familiar, pois, sendo a família o núcleo básico social, é nele que se fundamentam e fomentam as relações de

afeto, intimidade e consanguinidade que forjam os laços entre seus membros. Como uma unidade interacional, a família é afetada por cada um dos membros, que, por sua vez, influenciam uns aos outros. Desse modo, a família exerce papel mediador no processo saúde-doença, mantendo a saúde, e, na doença, participando do processo de cura, reabilitação e morte.⁷ Logo, acontecimentos de ordem natural e acidental com um dos membros afeta o corpo familiar e a possibilidade de ruptura de um vínculo pela morte causa intensa desestruturação emocional, psicológica e espiritual.

No processo de adoecimento de uma pessoa querida, o cotidiano da família se modifica e busca se adaptar, entender e ressignificar a nova experiência. O desequilíbrio existente entre os recursos do sistema familiar e a vivência da doença por parte da família têm sido apontados como aspectos importantes e desencadeadores de crise, que se desenvolvem em três fases fundamentais:

- desorganização: dado o impacto que produz o diagnóstico e o prognóstico da doença, inesperadamente, interrompem-se as dinâmicas habituais da família, desagregando a rede de relações interpessoais, produzindo isolamento e confinamento a um ambiente reduzido;
- recuperação-adaptação: a família inicia sua adaptação em aspectos concretos (redistribuição de tarefas) e no nível relacional (redefinição das relações interpessoais), em uma atitude mais ativa após o choque inicial;
- reorganização: começa a elaboração de um novo equilíbrio, que será mais complexo em casos de enfermidades terminais. O equilíbrio se encontrará mediante o atendimento não somente das necessidades do doente, mas também da independência e da autoafirmação de cada um dos membros da família.⁷

Diante do diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura, o corpo familiar pode vivenciar um luto antecipatório, especialmente o familiar cuidador. Ele fica no “fio da navalha”, pois, se por um lado precisa se preparar para a morte que se avizinha, por outro precisa dedicar sua presença, amor e carinho ao seu ente querido.⁸

Nesses momentos, “a abordagem espiritual encoraja a família e produz sentimentos de esperança ou de aceitação da condição imposta pela doença”⁹.

Não obstante isso, a dor, apesar de provocar tensão, pode também instigar a revisão de todo o modo de viver e ver a vida, favorecendo o amadurecimento humano.¹⁰

Diante do exposto, questiona-se: Como os familiares de pacientes fora de possibilidades de cura encaram a proximidade da morte de seus entes queridos? Quais são as suas crenças e seus valores? O que vivenciam frente à doença terminal?

Para a enfermagem, essas discussões e reflexões são muito importantes, pois, além de ser a categoria profissional que mais diretamente está envolvida com

o paciente e seu familiar, é também aquela que planeja as ações de cuidados a serem dispensados pela equipe de saúde. Portanto, é essencial conhecer os fatores estressantes e as crenças de cada família diante da doença terminal de seu ente querido, possibilitando respostas concretas em relação às suas atitudes e comportamentos da equipe.

Nessa linha de argumentação, neste estudo buscou-se apreender as representações sociais dos familiares de pacientes fora de possibilidades de cura em situação de hospitalização. Pretendeu-se, ainda, conhecer, com base na perspectiva dos familiares, os sentimentos, as angústias, diante da iminência da morte de um ente querido. Espera-se contribuir com a reflexão sobre as dimensões da humanização para o cuidado em enfermagem e saúde.

MÉTODO

Para atingir o objetivo proposto, optou-se por um estudo exploratório-descritivo qualitativo, com enfoque na fundamentação teórico-metodológica da abordagem do conteúdo das representações sociais. No momento da entrevista, os familiares acompanhavam seus respectivos parentes hospitalizados e em processo de morrer. Eles foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos e grau parental de proximidade com a pessoa doente. Todos os participantes atenderam ao convite de pronto, por entenderem que a entrevista proporcionaria um momento para falar sobre o que estava sendo vivido. Utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semiestruturado dividido em quatro blocos temáticos: buscou-se identificar as representações sociais sobre a morte e o morrer, o grau de afetividade com o paciente, a percepção sobre o cuidado recebido e o conhecimento sobre a Portaria Ministerial nº 19/GM, de janeiro de 2002, que regula o cuidado paliativo.

Para auxílio na análise do material verbal, utilizou-se o *software* Alceste¹¹ (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de um texto), por meio do qual se analisam quantitativamente os dados textuais. Com base nesses dados, buscou-se, no contexto dos depoimentos, identificar aspectos significativos da temática *da morte na visão dos familiares*, por agrupamento de palavras, permitindo a conformação da análise quantitativa em categorias que possibilitassem a apreensão das crenças, valores e vivências do grupo em questão.

O campo de estudo foi um hospital-escola em Brasília, e as entrevistas foram realizadas no período entre abril e maio de 2008. Após a transcrição das entrevistas, os sujeitos tiveram acesso à leitura do manuscrito e puderam ratificar ou retificar as informações ali contidas. Todos concordaram integralmente com o conteúdo transcrito. Ao longo do texto, as falas dos sujeitos são identificadas de acordo com grau de parentesco.

Obedecendo à Resolução nº 196/96, o protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 006/2008. Os participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo cinco familiares entre 19 e 45 anos. O grupo foi constituído da seguinte forma: mãe de uma criança de 7 anos, irmão de adulto, filho de uma mulher jovem, neto de uma mulher idosa e esposo de mulher de meia-idade. Dentre eles, três professavam a religião católica, um era protestante e outro não professava nenhuma religião, embora afirmasse acreditar em Deus. Todos residiam no Distrito Federal e na região do entorno.

Da análise do conteúdo das falas emergiram dois blocos temáticos, compostos por cinco categorias. O primeiro bloco – formado pelas categorias [A consciência da morte]; [A aceitação/ funeral] e [a busca de apoio] – foi denominado de *Vivências com a morte e o morrer*. Nesse bloco, foi possível apreender as representações sociais sobre o processo do morrer e da morte, assinalando-o como o processo de preparação e enfrentamento das questões relativas à perda do familiar.

O segundo bloco – composto pelas categorias [A visão do familiar acerca dos recursos humanos] e [A visão do familiar acerca dos recursos materiais] – foi denominado de *Avaliação do atendimento recebido*, que desvela a percepção dos familiares quanto à qualidade do cuidado dispensado ao seu ente querido.

Vivências com a morte e o morrer

A consciência da morte

Essa categoria refere-se à tomada da consciência da morte do familiar e marca o início da crise com a fase de desorganização familiar. Pôde-se verificar que tanto o diagnóstico médico quanto o esgotamento dos recursos terapêuticos de uma doença incurável remetem à certeza da finitude da vida do ente querido e apontam para o grupo a tomada de consciência da morte:

O médico falou que não pode fazer mais nada por ela. (Filha)

Minha mãe fala que o médico já disse que ela não tem muita chance, não. O transplante para ela não dá mais certo porque ela já está muito velha. (Neto)

Estudiosos apontam que a apropriação da consciência da morte significa, sem sombra de dúvida, uma das maiores conquistas da essência humana. “Não se trata mais de uma questão de instinto, mas já da aurora do pensamento humano, que se traduz por uma espécie de revolta contra morte”^{4,10}. As autoras ratificaram que, “com a morte diante dos olhos, a questão do significado da vida torna-se inevitável”¹⁰. O familiar, ao tomar

consciência da finitude da vida do ente querido, altera sua maneira de ver a vida e, ao mesmo tempo, avalia a relação com a pessoa que vai morrer. "A morte nos expõe, nos desnuda por completo. Frente a ela somos impelidos a repensar a vida, nossos afetos, nossos valores e nossa visão de mundo".¹⁰

Nessa linha de raciocínio, os fragmentos de discurso dos entrevistados confirmam que a tomada de consciência da morte remete a certo grau de humanização e/ou sensibilização do próprio ser humano.

Meu marido está arrasado. Vai trabalhar o dia todo e quando volta passa a noite com ele no colo. Faz carinho, abraça, beija. Trata-o como nunca tratou desde que ele nasceu. Ele é muito duro, não mostra o que sente. [choro]. (Mãe)

Ao buscar consolar a mãe da criança, a entrevistadora, comovida com a situação, também chorou, e as duas se abraçaram. Não se deve entender o choro da entrevistadora como fraqueza. Aqui esse fato proporcionou alívio da angústia de ambas, bem como o estreitamento do vínculo de confiança, pois o contato e apoio entre a mãe e a entrevistadora se mantiveram ao longo de todo o processo de perda e luto.

Durante as entrevistas, ocorreram alguns momentos (quatro registros) referentes a comportamentos de choro em resposta a fortes emoções que dominaram os entrevistados. Nesses momentos, invariavelmente, a entrevista era interrompida e o sujeito apoiado, de acordo com as necessidades. Comunicava-se que a entrevista poderia ser adiada, mas, após o tempo de recomposição, o familiar sempre preferia seguir adiante, mesmo sendo informado que a entrevista poderia continuar em outro momento.

Ratificou-se pelo discurso dos familiares a ideia de que a consciência da morte abre uma passagem pela qual vão transitar forças notáveis, que transformarão a maneira humana de ver a vida, a morte e o mundo.¹² Própria da fase de desorganização, essa passagem parece ser permeada por transformações que afetam a perspectiva tanto do presente quanto do futuro.

Para ser sincera, mudou tudo. Nunca mais minha vida foi a mesma. A gente era acostumada a ter minha mãe lá em casa todos os dias fazendo comida e 'farturanga'. Ela nunca tinha ficado doente. Foi um choque para gente. [...] Meu pai já emagreceu muito. (Filha)

A gente tem 21 anos de casados e se não fosse o problema dela a gente teria um futuro lindo. Tenho quatro filhos para criar e um amor muito grande por ela, mas tá difícil. (Esposo)

Observou-se que numa sociedade de consumo como a nossa, o caráter individualista e a busca do prazer a qualquer custo tornam a morte ainda mais temida e menos compreendida. Os sentimentos em relação à morte do ente querido são, em geral, confusos, um misto de medo, tristeza, negação e aceitação, sobretudo quando há crença sobre uma vida pós-morte.

Quando ouço a palavra morte tenho medo demais, nem gosto de falar sobre ela. Na verdade, quando as pessoas falam de morte perto de mim, tenho medo. (Filha)

Acho que medo e tristeza. O morrer é quando a gente deixa nosso corpo e vai morar com Deus no paraíso. (Irmão)

Constatou-se que dois fatores influenciam diretamente o enfrentamento da morte: o grau de afetividade com o ente querido e as experiências acumuladas anteriormente com o fenômeno.

Em relação ao primeiro fator, sabe-se que há uma relação direta entre a vinculação afetiva entre a pessoa que vai morrer e o estresse psicológico. O enfrentamento do luto "pode ser favorecido ou dificultado pelos sentimentos em relação à vivência com aquele que morre como o grau de parentesco, a proximidade da relação, o tipo de doença... etc."⁸:

Nós dois somos muito próximos. Tudo dele é comigo. A gente era irmão de fé mesmo. (Irmão)

Quando o nível de estresse é alto e o sofrimento se torna insuportável, pode-se lançar mão do mecanismo de defesa da negação. Assim, "apesar de o familiar cuidador acompanhar a situação cotidiana do paciente, o diagnóstico *nada a fazer* é difícil de ser assimilado."¹³

Eu acredito que minha mãe vai viver e essa doença não vai levar ela não, de jeito nenhum. Ela vai ficar bem. Vai morrer não. De jeito nenhum. O médico falou que não pode fazer mais nada por ela... Mas Deus vai ajudar. Confio nEle. (Filha)

No que se refere ao segundo fator, ou seja, as experiências acumuladas, apreendeu-se que, com a certeza da morte, emergem lembranças armazenadas ao longo da vida do familiar, o que acentua o processo de reprodução das representações sobre a morte. Esse fato pode maximizar ou minimizar o sofrimento do grupo em questão. Quando as experiências acumuladas foram negativas, difícil será a forma de enfrentar o processo de morrer. Caso a experiência tenha sido positiva, o enfrentamento será mais bem compreendido e melhor será a aceitação da perda.

Os termos usados no tempo verbal passado, como: "era" "entendi"; "aceitei"; permitiram inferir que, apesar do sofrimento e da revolta pela morte de seus entes, os sujeitos do estudo já consideravam essa possibilidade como algo inevitável.

A gente está triste, mas já **aceitei**. (Mãe)

Quando ele adoeceu, eu fiquei meio abalado, meio triste. Mas já **entendi** que as coisas são assim mesmo. (Irmão)

A aceitação/a preparação para o funeral

Estudos apontam que "após um período de sofrimento intenso torna-se possível aceitar a morte como algo que irá acontecer para finalizar um estágio de dor e tristeza para todos".^{3,13,14}

Alguns familiares desejam que a morte aconteça em casa e que o ente querido esteja cercado de carinho, amor e compaixão. Outros entendem que no hospital há mais recursos, e essa atitude parece transparecer um último fio de esperança que a vida seja prolongada.

Independentemente do local, na morte do ente querido os familiares manifestam uma obrigação moral de expressar o reconhecimento do valor de quem parte. Por isso, o corpo requer atenção especial e justifica os ritos e as práticas funerárias, que não podem ser explicados exclusivamente sob o ponto de vista sanitário.¹²

Na verdade, para os familiares, o funeral significa um rito de passagem, após a consumação da morte. Ele representa a oportunidade de despedida, manifestação da tristeza e marca a passagem da expectativa de cura da ferida do vazio interacional:

Os funerais representam, ao mesmo tempo, em todas as sociedades, uma crise, um drama a sua solução, pois articulam a transposição do desespero e da angústia ao consolo e esperança.¹⁴

Nesse contexto, “os ritos funerários começam com a agonia, fato universal que a vida urbana levou-nos a esquecer e que redescobrimos hoje com o acompanhamento dos doentes terminais. Continuam com o velório, as exéquias, as condolências e o luto público”.¹⁴ Prolongam-se com as visitas ao cemitério e o culto aos mortos no Dia de Finados.

Em síntese, pode-se dizer que os ritos funerários encenam, passo a passo, o caminho a ser seguido entre a fase de desorganização e perturbação para a fase de reorganização da nova ordem familiar. Daí, o rito fúnebre proporciona: 1. um *resgate simbólico* aplacando a culpa entre os sobreviventes – sobretudo os parentes – que, ao presenciarem a decadência do ente querido, desejam-lhe a morte; 2. resgata a *função comunitária*, pois mobiliza todos os familiares e amigos distantes para a despedida. Esses reencontros assumem o sentido na exaltação à vida, o que estabelece a *função terapêutica*; 3. Inscreve “a *marca da esperança*”, aludindo à promessa de sobrevivência entre os presentes”.¹⁴

As expressões dos familiares quanto ao processo de morte e o funeral já traduzem a aceitação da morte do ente querido:

Tá sendo um sofrimento pra todo mundo. A gente lá de casa acha que até pra ele vai ser melhor morrer. [...] A gente acha melhor ele morrer em casa. Pelo menos a gente vai cuidar dele até o final e ver tudo que acontece. A gente é mais cuidadosa. Porque a gente ama... E quando ele morrer a gente chama a funerária e pronto. (Irmão)

Quando minha mãe morrer, quero que ela morra no hospital. Não quero que ela fique sem remédio, por isso tem que ser no hospital. Meu pai disse que ele quer que ela fique lá em casa. Disse que é melhor para ela, mas eu não acho, não. Vai ser menos dolorido até para o enterro. (Filha)

Parece que o funeral como ritual de passagem ajuda a família a ressignificar a perda pela morte do ente querido, como parte do sentido que é dado à própria vida.

Busca de apoio

Nessa categoria foi manifestada a necessidade de apoio que os familiares demandam da equipe de saúde. Quanto mais o familiar se sente fragilizado diante da iminência da morte de ente enfermo, mais ele “valoriza e busca em sua relação com o profissional, apoio e confiança, tanto por meio dos procedimentos técnicos, quanto por meio de uma atenção e escuta diferenciada”.¹³

Afinal,

a recuperação de um acontecimento que gerou muito sofrimento frequentemente implica ajuda, e é possível que quem perdeu parte de si possa ser mantido pelas qualidades pessoais de outras pessoas, até que sua parte perdida se recupere.¹⁵

Entretanto, nem sempre a equipe de saúde se encontra preparada emocional, psicológica e espiritualmente para prestar o amparo que os familiares requerem. A questão é que na formação profissional há um investimento na preservação da vida a todo custo, na ideia de luta contra a morte e no enfoque na gratificação da cura¹⁶. Esse modo de cuidar é reduzido à perspectiva biológica e está relacionado ao contexto da formação dos profissionais de saúde, bem como da organização dos serviços, que ainda não dão conta de subsidiar a construção de um modelo assistencial integral, humano¹⁶. É fato que, durante a formação e na prática cotidiana, os elementos subjetivos, como intuição e percepção, ficam em segundo plano, desumanizando a relação entre profissional de saúde e paciente.

Estudos pioneiros sobre as práticas cotidianas da morte em hospitais revelaram uma atitude defensiva da equipe institucional diante da morte.²⁶ Apontaram, ainda, como questões centrais o processo de despersonalização dos doentes, o grande poder médico e a consequente desumanização do cuidado ao enfermo, sobretudo quando o paciente não responde mais aos tratamentos e possui um prognóstico de terminalidade.⁶

Além disso, o tabu da morte favorece que na atmosfera hospitalar reine certa banalização do processo da morte e do morrer. O distanciamento e o endurecimento das relações diante da morte e do paciente terminal acabam por se tornar rotineiros e usuais.¹³

Entretanto, pacientes e familiares esperam do profissional o compromisso de que tudo que puder será feito para defender e qualificar sua vida e morte.¹⁷

Esse cenário desafiador, permeado pela dualidade vida/morte exige que a equipe tenha tido a oportunidade de elaborar as questões relativas à morte a ao morrer para si mesma. Se isso não aconteceu, o apoio ao familiar fica inteiramente prejudicado.¹⁸ Nessa perspectiva, para os participantes do estudo, duas possíveis razões são atribuídas à dificuldade do profissional no manejo das habilidades interpessoais. Para eles, pesam:

1. a ausência de empatia:

Acredito que eles não se importam com ela. Já devem ter ficado frios de tanto trabalhar com ela. Não estão

nem aí. A dor não é neles, é com o outro. O corpo não é o deles. A família não é a deles. Eles não sabem a dor que é. (Filha)

As pessoas estudadas pensam que ninguém deles vai morrer. Mas um dia vai. Ah! Tudo poderia ser diferente. Eles podiam tratar a gente como gente. Não como bicho. Ah, como eles fazem um doente igual meu irmão esperar mais de quatro horas pra ser atendido... Não consigo aceitar, nem entender. (Irmão)

2. a impossibilidade de aceitar a morte:

Eu acredito que deve ser muito frustrante para os médicos quando isso acontece. (Neto)

Apreendeu-se que tanto um argumento quanto outro espelham a fragilidade da díade (familiar-profissional) diante da morte e revelam que ambos precisam ser considerados em sua subjetividade.

O profissional de saúde necessita compreender que a fragilidade humana não é unilateral. Ele é tão frágil em sua humanidade quanto aquele que está ao seu lado (sua equipe) e à sua frente (o paciente/família/comunidade).¹⁹

Nessa linha de argumentação, é preciso considerar que a fragilidade associada à falta de preparo favorece que alguns profissionais neguem o

envolvimento emocional, por acreditarem que uma relação mais íntima entre eles propiciará o compartilhamento de sentimentos negativos, e, em consequência, o contato com o doente é reduzido, o que em verdade representa uma estratégia de defesa.⁷

Assim, observou-se que, a fim de fazer face tanto ao desamparo quanto à sensação de vulnerabilidade pela tomada da consciência da morte, familiares se apoiaram em crenças espirituais. Na iminência da morte, a transcendência tem sido apontada como a forma mais eficaz de ultrapassar o sofrimento causado pela perda. Nesse enfoque, para os entrevistados, na maior parte das vezes, o apoio necessário foi encontrado na espiritualidade e na religião:

A cada dia Deus me dá a força necessária para lutar e acreditar que a vida para ele pode ser melhor. (Mãe)

Depois que ela adoeceu, começamos a buscar na igreja e na bíblia as forças para superarmos. (Esposo)

Esse aspecto é corroborado por especialistas em luto que afirmam que se pode considerar que a experiência do luto está intimamente ligada à espiritualidade, e será por meio do acolhimento proporcionado pelos outros, com quem se partilham as crenças, que se desenvolve uma estratégia de enfrentamento.⁸

O eixo da avaliação do atendimento recebido

A visão do familiar sobre os recursos humanos

Nessa categoria foram agrupados discursos que avaliam o atendimento dispensado aos doentes pelos profissionais de saúde e distinguem sentimentos negativos e positivos.

Embora o familiar cuidador tenha seu papel reconhecido na hospitalização, se ele não receber o apoio especializado para lidar com seus sentimentos e dificuldades, entenderá que seu processo de auxílio ao enfermo foi dificultado, o que pode gerar sentimentos de raiva, frustração e impotência.¹³

Nesse cenário, com base nas falas dos sujeitos do estudo, pôde-se apreender certo sentimento negativo motivado, dentre outras questões, pela ineficácia no processo de comunicação. O uso de termos técnicos tem sido apontado como um fator dificultador da comunicação no cuidado em saúde. Uma enfermeira na condição de acompanhante comprovou esse fato: "Durante aqueles longos dias observei que a terminologia médica era utilizada todo o tempo, independente do grau de entendimento do usuário"²⁰:

Ainda falam com a gente com uns nomes que a gente não conhece. (Irmão)

Dessa forma, com base em suas vivências durante a hospitalização, os familiares tecem a avaliação da atenção dispensada a si e ao seu ente querido como positiva (humanizada) ou negativa (desumanizada). A ação humanizada faz referência aos profissionais que possuem habilidades interpessoais em alto grau, acolhem o sofrimento e apoiam seus pacientes. Uma médica foi efusivamente citada por ser capaz de transformar sua consulta em um momento bom e agradável:

A gente não fala apenas de doença, mas também de esperança, de vida. (Irmão)

Então, o profissional que respeita os sentimentos dos pacientes e de seus familiares e não os vê como apenas mais um caso clínico fará sempre a diferença e será reconhecido por não ser comum e por agir de forma humanizada. Daí se pode afirmar que "o profissional que atua tão somente como bom técnico deixa de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico: a sua dimensão humana"²¹.

Nessa linha argumentativa, verifica-se que o profissional que não desenvolve sua competência relacional mutila-se e despoja-se do seu caráter humano, realizando ações repetitivas e robotizadas. Nesse enfoque, a avaliação negativa diz respeito à postura e à atitude dos profissionais que se denominou de "mecânicos", pois agem apenas para cumprir regras e protocolos.

Na percepção dos entrevistados, os profissionais "mecânicos" são pouco atenciosos, desumanos e apressados:

Lá onde a gente tava não tratam a gente bem, não. A gente fica jogado pras cobras. O povo nem olha na nossa cara. Faz tudo por obrigação. (Irmão)

Nas consultas e nas internações, os médicos conversam. Mas não dão a atenção que seria necessária para nós, não tiram todas as nossas dúvidas. Acho os mais novos um pouco apressadinhos. Estão sempre correndo. Para eles, eu acho que é só um a menos, não deve fazer muita diferença não. (Esposo)

Outro aspecto avaliado como negativo foi a ausência de um profissional de referência, ou seja, o profissional responsável pelo doente:

Não sei quem é o médico de minha mãe de verdade. Nunca chegaram para mim e falaram de verdade o que ela tem e o que pode ser feito e como ela pode melhorar. (Filha)

Segundo os familiares, ao longo do dia, diferentes profissionais chegam, examinam e realizam procedimentos, porém não se identificam e raramente retornam para explicar o procedimento efetuado. A falta de um profissional de referência gera ansiedade, desconforto e causa frustração à família e ao paciente.

A visão do familiar sobre os recursos materiais

Aqui são apontadas as dificuldades materiais e de espaço físico da instituição. Assim, os familiares lamentam e requerem:

Medicações mais eficazes para o controle da dor. (Mãe)

Mais recursos de exames no hospital. (Filha)

Mais profissionais atendendo, mais locais para acomodação de pacientes e familiares. (Irmão)

Menos demora nas filas de atendimento e mais facilidades na marcação de consultas (Esposo).

Apesar das dificuldades materiais apontadas, os entrevistados ratificam enfaticamente a ausência de atendimento humanizado como o aspecto mais importante:

Eu acho que esses profissionais deveriam ser mais humanos com esse tipo de paciente e acompanhante (Irmão).

Acho que o problema não é o hospital, não. Mas o povo que trabalha nele (Filha)

Questionados quanto ao conhecimento do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos,²² implantado no Brasil em 2002 pelo Ministério da Saúde, os entrevistados afirmaram que o desconhecem:

Deve ser uma lei como outras nesse país que não funciona. (Irmão)

Deve falar de jeitos para melhorar a dor, de remédios, não sei (Mãe)

Os Cuidados Paliativos prescrevem que o último período de vida deve ser assistido por uma equipe interdisciplinar voltada para a “totalidade biopsicossocial-espiritual” do doente e de seus familiares.

Assim, o principal objetivo com a assistência paliativa é propiciar melhor “qualidade de vida” ao doente e a seus familiares, quando não há mais possibilidade de cura. Nessa abordagem, a expressão dos desejos dos doentes e de seus familiares veicula a ideia de que o acompanhamento de uma pessoa em processo de morte propicia o desenvolvimento da inteligência emocional dos envolvidos, o que inclui os profissionais.

O desconhecimento do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos²² pode ser atribuído à sua baixa difusão, o que dificulta que a sociedade saiba do que se trata e tome ciência de seus direitos. Essa proposta ainda caminha a passos lentos, pois há poucos Programas de Cuidados Paliativos e de Serviços de Internação Domiciliar implantados e efetivados.

Essa realidade vai ao encontro da ênfase que ainda se dá à tecnologia, impulsionando a ocorrência da morte na instituição. Além disso, o Programa de Cuidados Paliativos do Brasil tem seu principal foco no controle da dor e dos sintomas físicos, que se apresentam na terminalidade da vida, além de estar voltado somente para o paciente terminal oncológico.²²

Para uma entrevistada, assim foi expressa a revolta pela falta de conhecimento:

Não sei. E para ser sincera de nada me adianta saber. Não agora. Se tivesse de saber de alguma coisa tinha que ter sido antes. (Mãe).

Os desafios à implantação dos cuidados paliativos no Brasil são expressivos, dentre os quais se pode apontar

a necessidade de aumento de oferta de centros especializados e de um forte investimento na qualificação de recursos humanos, tanto do ponto de vista técnico quanto de capacitação para lidar com as questões referentes à terminalidade.²³

CONCLUSÃO

A perda de um familiar significativo envolve sofrimento e angústia e, apesar das particularidades de cada família, as vivências são expressas por sentimentos semelhantes.

Neste estudo, observou-se que os sujeitos, durante o processo de adoecimento de um familiar, manifestaram dores, dúvidas e dificuldades que raramente foram identificadas e atendidas pela equipe de saúde. Queixaram-se da ausência de um apoio, de uma comunicação efetiva e do fortalecimento dos vínculos que favorecessem a emergência de mecanismos de adaptação para auxiliar o enfrentamento da situação.

Privados do apoio capaz de transmutar a dor causada pelo vazio interacional em emoções de equilíbrio, mecanismos de adaptação para o enfrentamento da

situação, os familiares buscaram dar sentido à vida por meio da religião.

Avaliaram a atenção dispensada a seus parentes como humanizada ou desumanizada, a depender das condições materiais e físicas do ambiente hospitalar, mas, sobretudo, da expectativa de uma atitude profissional humana e compassiva.

Conclui-se que é fortemente aconselhável que as intuições que cuidam de pacientes fora de possibilidade de cura implantem um serviço de cuidados paliativos,

favorecendo a formação de uma equipe multidisciplinar para o cuidado integral dos pacientes e familiares, integrando-se à política de humanização do SUS.

Diante do desafio da experiência do cuidado com a morte, sugere-se que os serviços de saúde ofereçam uma oportunidade especial de crescimento a familiares e profissionais, integrando a possibilidade de ressignificação da dor dos familiares na busca de sentido e coerência para a vida deles e o estímulo à reflexão subjetiva do profissional cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2001.
2. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; Fiocruz; 2004.
3. Rosenev B, Carvalho EC. O jogo existencial e a morte da ritualização. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(1): 99-104.
4. Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro (RJ): Ediouro; 2003.
5. Ariès P. O homem perante a morte – II. Portugal: Publicações Europa-América; 1977.
6. Moreira AC, Lisboa MTL. A morte – entre o público e o privado: reflexões para a prática de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(3): 447-54.
7. Nucci, NAG. Cuidado Paliativo: construindo significados. In: Santos FS, organizador. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo (SP): Atheneu; 2011. p. 609-16.
8. Schiemann AL. Luto e espiritualidade: vivências da condição humana. In: Santos FS, organizador. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. Bragança Paulista (SP): Comenicus; 2010. p. 383-96.
9. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1): 100-6.
10. Mattos TD, Lange C, Cecagno D, Amestoy SC, Thofehr MB. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(3): 337-42.
11. Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale (ALCESTE). *Cahiers Analyse des Données*. 1987 ; 4:471-84.
12. Rodrigues JC. Tabu da morte. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006.
13. Pereira LL, Dias AC. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *Psico UFSM*. 2007; 38(1): 55-65.
14. Bayard JP. O sentido oculto dos ritos mortuários: morrer é morrer? São Paulo (SP): Paulus; 1996.
15. Vasconcelos EM. Espiritualidade na educação popular em saúde. Brasília: Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP; 2005.
16. Lunardi WD, Sulzbach RC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto Contexto Enferm*. 2001; 10(3): 60-81.
17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos A, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
18. Trincaus RM, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástases. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 44-51.
19. Sá AC. A importância da espiritualidade para profissionais de saúde. In: Santos FS, organizador. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. Bragança Paulista (SP): Comenicus; 2010. p.132-43.
20. Carneiro TM. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3): 390-4.
21. Canella P, Maldonado M. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2003.
22. Brasil. Portaria MS-GM nº. 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 09 jul. 2002. Seção 1.
23. Floriani AF. Cuidado paliativo no Brasil: desafios para sua inserção no Sistema de Saúde. In: Santos FS, organizador. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo (SP): Atheneu; 2011. p. 101-8.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

NURSES' PERCEPTION ON HOSPITAL WELCOMING CLASSIFIED AS PRIMARY HEALTH CARE RISK

ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS

Paloma Morais Silva¹
Kelly Pereira Barros²
Heloísa de Carvalho Torres³

RESUMO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, cujo objetivo foi analisar a percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG. Foram realizadas oficinas com os enfermeiros da unidade abordando temas inerentes ao acolhimento e à classificação de risco e posteriormente entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, possibilitando a identificação de três categorias empíricas: *Capacitação dos profissionais de saúde sobre classificação de risco; A implementação da classificação de risco na atenção primária; Desafios para a implementação da classificação de risco na atenção primária*. Verificou-se que os enfermeiros reconhecem a classificação de risco como uma ferramenta para sistematizar o atendimento, permitindo a avaliação dos usuários de acordo com o agravo à saúde, não levando em consideração a ordem de chegada na unidade de saúde. Apontaram que serão encontrados facilitadores e dificultadores para a implementação da classificação de risco. Concluiu-se que a proposta de trabalhar com o tema classificação de risco no acolhimento na atenção primária por meio de oficinas educativas favoreceu a troca de conhecimentos entre os profissionais de enfermagem, além de contribuir para atualização, conscientização e motivação dos profissionais para o atendimento. A modalidade de oficina foi considerada uma estratégia pedagógica, de fácil compreensão, interativa, lúdica e motivadora pelas equipes de enfermagem.

Palavras chave: Capacitação; Acolhimento; Classificação; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study using a qualitative approach carried out in a Basic Health Unit. Its goal was to analyze the nurses' perception on risk classification in the Primary Health Care in Belo Horizonte-MG. Workshops were held with the unit nurses approaching topics inherent to hospital welcoming and risk classification, followed by semi-structured interviews. Data were analyzed using Content Analysis which allowed the identification of three empirical categories: training of health professionals on risk classification; the implementation of risk classification in primary care; challenges to the implementation of risk classification in primary care. The study revealed that the nurses acknowledge risk classification as a tool for the systematization of nursing care as it allows the patients' evaluation according to a health problem, not taking into consideration the time of arrival at the clinic. According to the nurses the implementation of risk classification system will meet support as well as opposition. The study concludes that tackling such issue in the primary health care sector through workshops enabled the exchange of information among nurses. It contributed as well to the professional updating, conscientization, and staff motivation. The type of workshop was considered, by the nursing staff, as a pedagogical strategy, easily understood, interactive, playful and motivating.

Key words: Training; Welcoming; Classification; Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo realizado en una Unidad Básica de Salud. Su objetivo fue analizar la percepción de las enfermeras respecto a la clasificación de riesgo en la Atención Primaria de Salud en Belo Horizonte-MG. Se realizaron talleres con las enfermeras de la unidad sobre temas inherentes a la acogida y clasificación de riesgo y luego entrevistas con guión semi-estructurado. Los datos fueron analizados según la técnica de análisis de contenido, permitiendo la identificación de tres categorías empíricas: *Capacitación de los profesionales de la salud en clasificación de riesgo; Implementación de la clasificación de riesgo en la atención primaria; Retos para la implementación de la clasificación de riesgo en la atención primaria*. El estudio demostró que las enfermeras reconocen que la evaluación de riesgo es una herramienta para sistematizar la atención pues permite evaluar al paciente por su problema de salud y no por el orden de llegada a la clínica. Señalaron que seguramente se habrá apoyo y también obstáculos para implementar el sistema. Se concluye que la propuesta de tratar dicho tema en la atención primaria a través de talleres educativos permite el intercambio de conocimiento entre las enfermeras. Además, contribuye a la actualización, sensibilización y motivación del personal. Este tipo de taller fue considerado como estrategia pedagógica, de fácil comprensión, interactiva, lúdica y motivadora.

Palabras clave: Capacitación; Acogida; Clasificación; Enfermería; Atención Primaria de la Salud.

¹ Aluna do 9º período do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) – Brasil. E-mail: palomamorais@gmail.com.

² Aluna do 9º período do Curso de Graduação da EE/UFMG. E-mail: kellypbarros@gmail.com.

³ Enfermeira. Professora adjunta da EE/UFMG. E-mail: heloisa@enf.ufmg.br.

Endereço para correspondência – Av. Alfredo Balena, nº 190, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP: 30130-100. E-mail: heloisa@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

Considerando-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva promover uma abordagem integral do indivíduo e que há uma crescente demanda nos serviços de atenção básica, é necessário buscar alternativas que priorizem o atendimento àqueles usuários com maior gravidade, no sentido de diminuir os riscos advindos do tempo de espera para o atendimento.¹ Ressalte-se, assim, a importância da implementação da classificação de risco, que consiste em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho aos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial.²

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência.¹ Nos serviços de emergência, deve-se levar em consideração, também, o nível de complexidade, otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, acolhendo o usuário segundo sua necessidade específica.²

Os serviços de saúde da atenção básica ainda são organizados de forma burocrática, em que os atendimentos são realizados por ordem de chegada, e não pelo risco do usuário.¹ Com a finalidade de sistematizar o atendimento nas unidades de Saúde, a Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG) objetiva implementar em todas as unidades de atenção à saúde a classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester, para uniformizar os critérios de avaliação e propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo, além de integrar os serviços de saúde, minimizando a fragmentação da rede assistencial.³ Dessa maneira, a SESMG pretende fortalecer a Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador.⁴ Destaque-se que o enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir habilidades para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como ter a capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial para que se efetive a continuidade do cuidado.⁵

Assim, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde valorizem e favoreçam a educação em serviço, mobilizando seus funcionários para a formação de grupos de estudos locais, funcionando regularmente, de forma a refletir sobre a prática da educação com base na necessidade de organizá-la em razão dos objetivos que se quer alcançar.^{6,7}

Ressalte-se, assim, a importância da capacitação profissional para o atendimento com classificação de risco, e tal objetivo pode ser alcançado pela capacitação das equipes de enfermagem por meio de estratégias educativas. Tendo a educação em saúde como base teórica e metodológica para a realização das atividades do projeto, procura-se, nesta pesquisa, valorizar os saberes e práticas, buscando estabelecer uma relação dialógica entre enfermeiros, comunidade acadêmica e usuários.⁸

Diante do exposto, o objetivo com este estudo é analisar a percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG.

METODOLOGIA

Este estudo é parte do projeto de extensão "Oficinas de formação em Classificação de Risco no Acolhimento em uma Unidade de Saúde", cuja finalidade é facilitar a sistematização do acolhimento realizado pelos enfermeiros.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório que se apoiou na abordagem qualitativa e foi orientado pelo referencial teórico-metodológico da dialética. Foi realizado em uma unidade básica do Distrito Sanitário Leste, em Belo Horizonte-MG, em 2011.

O trabalho ocorreu em duas etapas: construção e implementação da proposta de intervenção e entrevista com os profissionais enfermeiros que participaram das oficinas. A primeira etapa trata-se da inserção das acadêmicas de enfermagem, realizado na disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem I, ofertada no 8º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG), no processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde, e a realização de um diagnóstico situacional da unidade. Foi realizada uma reunião com a gerente e o subgerente do Centro de Saúde e, com base na discussão do diagnóstico situacional da unidade e dos recursos disponíveis, chegou-se à conclusão da necessidade de aprimorar o acolhimento.

Assim, procedeu-se à elaboração de uma proposta de intervenção no acolhimento, que foi discutida em seminário com os profissionais do serviço, procurando-se apreender quais as reais necessidades em relação a esse tema. Solicitou-lhes que manifestassem suas opiniões a respeito do assunto e dessem sugestões de temas para fazerem parte da capacitação.

Utilizou-se a técnica de oficinas para abordar o Acolhimento com Classificação de Risco, garantindo aos

profissionais de enfermagem espaços de promoção da aprendizagem e reflexão sobre o cotidiano do serviço de saúde.⁸

Foram realizadas seis oficinas, com duração de uma hora cada, coordenadas pelas acadêmicas, docentes e enfermeiros, contando com a participação de nove profissionais de enfermagem.

Os temas versaram sobre os seguintes aspectos:

TABELA 1 – Temas abordados e estratégias utilizadas nas oficinas

| Oficinas/Tema | Técnicas facilitadoras |
|---|--|
| Reflexão do que é acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Prática de relaxamento: Automassagem. • Desenvolvimento do tema: Reflexão dos participantes sobre o acolhimento realizado na unidade de saúde e o que o Ministério da Saúde preconiza para o acolhimento partindo da leitura de um estudo de caso. • Síntese das discussões realizadas em grupo. |
| Exame físico geral e mensuração de sinais vitais | <ul style="list-style-type: none"> • Prática de relaxamento: <i>Hata yoga</i>. • Desenvolvimento do tema: Reflexão e elaboração conjunta dos participantes sobre como deve ser realizado o exame físico geral e mensuração dos sinais vitais. • Síntese das discussões realizadas em grupo. |
| Ausculta pulmonar e cardíaca | <ul style="list-style-type: none"> • Prática de relaxamento: Meditação. • Desenvolvimento do tema: Construção conjunta da semiótica da ausculta pulmonar e cardíaca, por meio de álbum seriado. • Síntese das discussões realizadas em grupo. |
| Classificação da dor | <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento: Dinâmica <i>A carruagem</i>. • Desenvolvimento do tema: Dinâmica <i>Roda viva</i>. |
| Classificação de risco | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do tema: Exposição do tema por uma enfermeira sobre classificação de risco. |
| Feridas e coberturas | <ul style="list-style-type: none"> • Exposição do tema: Palestra com enfermeiro da Secretaria de Saúde |

Fonte: Pesquisa direta dos autores

Ao final de cada encontro, foi aplicado um instrumento de avaliação das oficinas com os participantes, centrado em cinco questões: metodologia, conteúdo, tempo de duração, material didático e aproveitamento das oficinas. Os dados provenientes das avaliações das oficinas foram agrupados, ordenados, transferidos para um banco de dados (Excel) e, então, processados.

Na segunda etapa, foram entrevistados nove enfermeiros da unidade básica de saúde estudada, seguindo entrevistas com roteiro semiestruturado abordando as seguintes questões: Como que você percebe a implementação da classificação de risco no seu processo de trabalho? Quais os facilitadores e os dificultadores que você percebe na implementação da classificação de risco no seu cotidiano de trabalho? Como você planeja a replicação do processo de capacitação dos profissionais das equipes para fazer o atendimento com classificação de risco? O que representou para você participar das oficinas realizadas pelas acadêmicas de enfermagem?

Os dados oriundos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin,⁹ da qual emergiram três categorias empíricas: *Capacitação dos profissionais de saúde sobre classificação de risco; A implementação da classificação de risco na atenção primária; Desafios para a implementação da classificação de risco na atenção primária.*

A pesquisa foi desenvolvida respeitando as determinações da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde,¹⁰ sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Prefeitura de Belo Horizonte sob o Parecer nº 0024.0.410.203-09Ad3A.

RESULTADOS

A análise dos dados provenientes das avaliações das oficinas demonstrou que, em relação ao conteúdo abordado, 49% dos participantes o consideraram ótimo; 43%, muito bom; e 8%, bom. Quanto ao tempo, 33% dos participantes responderam que foi ótimo; 45%, muito bom; 18%, bom; e 4%, ruim, apontando que deveria haver mais tempo dedicado às oficinas. Em relação ao material didático utilizado nas oficinas, 46% dos participantes o consideraram ótimo; 40%, muito bom; e 14%, bom. Com referência às dinâmicas de exposição dos temas, 54% as consideraram ótimas; 38%, muito boas; e 8%, boas.

Observou-se que durante as discussões os enfermeiros se envolveram no debate dos temas, além de apontarem a insatisfação e a frustração geradas nas situações cotidianas do serviço, bem como a necessidade de delineamento de soluções para os problemas apresentados.

A análise dos dados empíricos permitiu captar a percepção dos enfermeiros sobre os seguintes aspectos:

Capacitação dos profissionais de saúde sobre classificação de risco

Os enfermeiros relataram que as oficinas representaram um movimento de articulação teoria e prática e ensino-serviço, permitindo a coconstrução do conhecimento entre acadêmicos e profissionais, o que propiciou aproximação e complementação entre os conteúdos teóricos abordados na academia e a prática clínica nos serviços de saúde. Além, disso apontaram que

nem sempre a prática acompanha no mesmo ritmo as inovações que ocorrem no campo científico:

O grande valor das oficinas é aproximação da faculdade com a prática, porque quem esta no dia a dia tem a percepção das mudanças das práticas e quem está na faculdade tem as inovações. Então, a aproximação da parte do ensino com a parte prática é a parte fundamental para a melhoria. (P6)

Os enfermeiros relataram que a capacitação foi importante, por possibilitar a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão e no conhecimento científico, além da revisão e atualização dos conteúdos teóricos.

Foi muito importante, porque na prática a gente vai habituando a ser mecânico em determinadas ações; as alunas trazendo a parte teórica nos permite recordar algumas coisas da faculdade que esquecemos. (P4)

Ressaltaram que os momentos das oficinas configuraram-se como espaços para a aproximação entre os profissionais das equipes de enfermagem, sensibilização para a melhoria da prática e discussão dos problemas da unidade e da assistência prestada no serviço:

Foi um momento que a gente lembrou, agora quando a gente faz exame físico a gente lembra, foi excelente, enriqueceu nosso dia a dia aqui. (P3)

Acho que além do mais melhorar o relacionamento também. [...] A gente não vê a importância de subir, parar e estudar que isso vai reverter para melhorar para o usuário e melhora também a percepção do trabalhador, de que ele deve ter um tempo para reformular a prática diária. Além de ser um espaço para as pessoas conversarem, colocar as dúvidas, fazer as críticas ao serviço. (P6)

Colocaram, também, que o processo de capacitação para o acolhimento com classificação de risco foi iniciado pelas acadêmicas de enfermagem por meio das oficinas. Além disso, apontaram estratégias para realizar capacitação, como reuniões, estudos de caso, educação permanente, educação em serviço; entretanto, ainda não pensam em uma maneira de sistematizar essa replicação:

A forma seria a mais comum mesmo, através de reuniões nos capacitar, treinar os colegas, uns aos outros no dia a dia. (P1)

Eu acho que tem que ser simultâneo ao trabalho, o que a gente fala de educação em serviço e tem que ocorrer sempre e sempre que houver uma dificuldade do profissional. (P2)

A implementação da classificação de risco na atenção primária

Os entrevistados relataram que a classificação de risco possibilitará um atendimento humanizado, ágil

e de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, além de trazer melhorias para o serviço:

É um instrumento para ajudar, para facilitar na classificação de risco, a gente sair um pouco do bom senso e ter pelo menos uma diretriz de como classificar, como fazer corretamente essa distinção [...] É uma forma de você dar prioridade a quem tem uma maior necessidade naquele momento sem excluir as pessoas, dar uma prioridade a quem tem a necessidade maior(...) Além de trazer melhoria para o serviço. (P6)

[...]A princípio a gente pensa em agilidade, quando a gente tem uma máquina que nos direciona de acordo com o que o paciente te queixou. (P1)

Os entrevistados apontaram, também, facilitadores para a implementação da classificação de risco, dentre os quais se destaca a estruturação das equipes já existente na unidade, em que cada equipe se responsabiliza pelo atendimento à demanda espontânea em um dia específico da semana:

Os facilitadores eu acho que é o ajuste das equipes que já estão ajustadas para fazerem o atendimento ao agudo sem distinção de onde vem a pessoa, mas já focado no quadro agudo das pessoas. (P6)

Foram referidos como facilitadores o treinamento e o Protocolo de Manchester, que serão disponibilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte, além do aparelho TRIUS (oxímetro, termômetro auricular e computador com software Alert), que será utilizado na classificação:

Facilitador eu acho que já tem o protocolo já facilita, a prefeitura já ta disponibilizando treinamento. Pelo que eu sei, já tem gente que ta treinando acho que isso facilita bastante. (P3)

Enfatizam a importância de serem considerados não somente os dados fornecidos pelo aparelho TRIUS, mas também a percepção e o conhecimento teórico-prático do profissional:

A clínica ainda é soberana, então o que a máquina dá não é a resposta final, pois o paciente pode alterar num mínimo tempo, principalmente criança que tem uma evolução rápida, então a gente tem que ter esse olhar clínico, mais aguçado do que qualquer máquina, qualquer sistema ou qualquer classificação que venha a ter. (P1)

Desafios para a implementação da classificação de risco na atenção primária

Os entrevistados apontaram a existência de desafios para a implementação da classificação de risco no processo de trabalho. Os enfermeiros colocaram a dificuldade de aceitação dos profissionais como dificultadores para a implementação da classificação de risco na atenção primária, uma vez que receiam perder a autonomia previamente conquistada nos atendimentos aos usuários da demanda espontânea:

A aceitação dos profissionais em perceberem isso como uma melhoria no processo de trabalho é um dificultador importante, pois nem todos percebem que a classificação de risco vai facilitar o trabalho de todo mundo no centro de saúde. (P5)

Também foi colocado como dificultador o não envolvimento da população com o processo, sendo importante esclarecê-la sobre a classificação de risco na atenção primária:

A população tem que ser envolvida dentro desse processo, para entender que não é uma exclusão, mas sim uma forma de você dar prioridade a quem tem uma maior necessidade naquele momento. (P6)

Os entrevistados enfatizaram que a ausência de tempo para a capacitação constitui um dos maiores desafios para a implementação da classificação de risco, sendo as limitações do estudo relacionadas à dificuldade de mobilização dos profissionais para participarem das oficinas:

Então às vezes a gente tem essa grande dificuldade de parar um momento que seja trinta minutos, vinte minutos para sentar com um número maior de colegas para discutir sobre aquele assunto ou sobre aquela coisa nova que ta chegando. (P1)

DISCUSSÃO

O acolhimento tem sido um tema amplamente debatido na área da saúde por ser uma atividade direcionadora, cujos objetivos são recepcionar, triar, acolher de forma humanizada e ser a porta de entrada para os usuários nas unidades de saúde.¹⁰ Tem-se discutido, também, a implementação da classificação de risco na atenção primária como preconizado pelo Ministério da Saúde.¹¹

Neste estudo apreendeu-se, durante as oficinas de capacitação em classificação de risco, que os enfermeiros reconhecem a importância desse processo como uma forma de transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica, além de possibilitar a revisão e a atualização dos conteúdos que são inerentes à prática clínica no acolhimento. Entretanto reconhecem que não dedicam muito tempo à atualização teórica.

Verificou-se que o método de oficinas é uma estratégia eficaz para debater e capacitar os profissionais de saúde sobre a implementação da classificação de risco na atenção primária, por formar espaços de discussão, propiciando aprendizagem, fomentando a participação coletiva, além de contribuir para construção de conhecimento.^{12,13}

Apointa-se o desafio de promover a educação permanente nos espaços de trabalho, estimulando a conscientização dos profissionais sobre o seu contexto, dada a responsabilidade deles no processo permanente de capacitação.¹⁴ Deve-se considerar que os profissionais de saúde possuem visões diferentes sobre seu trabalho e a forma de entender os processos de capacitação, sendo necessário compreender as frustrações desses

profissionais e, assim, propor estratégias para superarem esses obstáculos, para que seja possível realizar a educação permanente como um método de mudança no processo de trabalho.¹⁵

Os achados demonstraram que as oficinas representaram um movimento de articulação teoria e prática e ensino-serviço, corroborando a ideia de autores que destacam a importância dessa articulação, introduzindo o conceito de quadrilátero da formação, ensino-gestão-atenção-controle social, destacando que uma proposta de ação estratégica de transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas envolve articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.¹⁶

Assim, articulação ensino-serviço possibilita a reflexão sobre a realidade da assistência, a transformação das práticas profissionais e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente.¹⁷

Verificou-se que os enfermeiros reconhecem a importância da capacitação como uma forma de aprimorar o saber técnico-científico e permitir a reflexão crítica sobre o trabalho realizado, além de considerarem que a capacitação propicia a sensibilização do trabalhador aprimorando a qualidade da assistência prestada aos usuários.¹⁸

A organização das equipes de saúde na realização do acolhimento à demanda espontânea por meio de revezamento dos profissionais para atender os usuários sem distinguir área de abrangência, como ocorre no cenário estudado, propõe a estruturação do acolhimento voltado para as queixas agudas dos usuários.¹⁹ Dessa maneira, mostra-se como um facilitador para a implementação da classificação de risco na qual uma equipe será responsável por realizar atendimentos à demanda espontânea em determinado dia da semana.

A classificação de risco foi ressaltada pelos entrevistados como uma estratégia para sistematizar o atendimento, permitindo a avaliação dos usuários de acordo com o agravo à saúde, não levando em consideração a ordem de chegada na unidade de saúde e o “bom senso” dos profissionais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.²

Evidenciou-se nos discursos dos enfermeiros a compreensão de que para implementar a classificação de risco serão encontrados facilitadores e dificultadores, sendo importante a capacitação profissional para esse atendimento, assim como o envolvimento da população no processo de implementação do protocolo. A implementação de um protocolo direcionador e a utilização de um aparelho para realizar a triagem dos pacientes dará respaldo legal ao profissional para classificar os usuários que procuram os serviços de saúde.⁵

Os enfermeiros passaram a ter maior autonomia após a implementação do acolhimento nos serviços de saúde, visto que realizam atendimentos resolutivos, além de decidirem a conduta a ser realizada diante das queixas mais frequentes dos usuários.^{20,21} Entretanto, observou-se que os enfermeiros temem perder essa autonomia

e resolutividade adquirida quando for implantada a classificação de risco na atenção primária.

Deparou-se com a dificuldade de mobilizar os profissionais para participarem das oficinas de capacitação e verificou-se que os profissionais entrevistados não planejam uma maneira de sistematizar a replicação do processo de capacitação iniciado pelas acadêmicas de enfermagem. Esses achados vêm de encontro aos resultados de outro estudo que demonstrou a existência de dificuldades para implementar ações de educação permanente voltadas para as equipes de enfermagem, dada sua complexidade e flexibilidade, sendo apontados como motivos para a baixa adesão dos trabalhadores, a sobrecarga de trabalho, desmotivação e resistência à mudança.^{22,23}

Muitas vezes a dificuldade dos profissionais em participar do processo de capacitação está relacionada à ausência de planejamento dos gestores, que não remanejam os horários das atividades dos profissionais. Dessa maneira, eles ficam divididos entre as atividades do serviço e as atividades de capacitação, optando por

não participar das capacitações a fim de não prejudicar o trabalho nas unidades de saúde.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de trabalhar com o tema classificação de risco no acolhimento na atenção primária por meio de oficinas educativas favoreceu a troca de conhecimentos entre os profissionais de enfermagem, além de contribuir para atualização, conscientização e motivação dos profissionais para o atendimento. A modalidade de oficina foi considerada pelas equipes de enfermagem como uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa, lúdica e motivadora.

O estudo contribui com reflexões a respeito da educação permanente nos serviços de saúde e a discussão sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem para a classificação de risco na atenção primária visando à qualificação do cuidado e à melhoria das condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programas e Ações de governo. Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências. [Citado em 2011 set. 30]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/redes-regionais-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias>.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico Nº10, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.
5. Souza CC, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. Rev Latinoam Enferm. 2011 jan-fev; 19(1): 26-33.
6. Torres HC, Hortale VA, Schall V. Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública. 2003 jul-ago; 19(4): 1039-47.
7. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no programa de saúde da família de Belo Horizonte - MG. REME - Rev Min Enferm. 2006 out-dez; 10(4): 402-6.
8. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
11. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO; 2003. p. 49-61.
12. Torres HC, Aburachid DFF, Soares SM. Oficinas de educação em saúde: uma estratégia no controle do diabetes *mellitus* tipo II no programa de saúde da família em Belo Horizonte/Brasil. Diabetes Clínica. 2007; 11(2): 177-81.
13. Torres HC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. Cienc Enferm. 2010; XVI (2): 107-13.
14. Gadotti M. Perspectiva Atuais da Educação. Perspectiva. 2000 abr-jun; 14(2): 12.
15. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva – Secretaria executiva da Rede IDA; Brasil.
16. Cecim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1): 41- 65.
17. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32 (3): 356–62.
18. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 597-604.

- 19.** Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(3).
- 20.** Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.
- 21.** Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev; 23(2): 331-40.
- 22.** Hospital Universitário Clemente de Faria. Relatório de atividades do Programa de Educação Permanente e Continuada – PEPEC: período abril/08 a setembro/08. Montes Claros: Hospital Universitário Clemente de Faria; 2008.
- 23.** Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004 mar-ago; 8(15): 259-74.

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

SOCIO-ECONOMIC AND HEALTH PROFILE OF THE NURSING STAFF OF THE PIQUET CARNEIRO POLYCLINIC

PERFIL SOCIOECONÔMICO Y DE SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza¹
Luana dos Santos Cunha²
Ariane da Silva Pires³
Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves⁴
Liana Viana Ribeiro⁵
Suelen da Silva Lourenço Felipe Silva⁶

RESUMO

Os objetivos com este estudo foram identificar o perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) e analisar, com base nesse perfil, determinantes e condicionantes de agravos à saúde dos trabalhadores. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta por 50 trabalhadores de enfermagem. O instrumento foi um questionário, no qual as respostas tiveram uma análise frequencial e percentual. Os resultados revelaram que há determinantes no perfil desses trabalhadores que podem levar a agravos à saúde: o hábito do tabagismo; a jornada de trabalho elevada; a alimentação inadequada quando os trabalhadores substituem a refeição principal por um lanche rápido; os baixos salários, que limitam a possibilidade de lazer, de acesso à educação continuada ou outros serviços relevantes ao bem-estar do ser humano. O estudo possibilitou estabelecer alguns nexos causais entre as condições de trabalho e as possíveis afecções à saúde dessa clientela.

Palavras-chave: Trabalho; Saúde; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The present study aimed at identifying the socio-economic and health profile of the Piquet Carneiro Polyclinic (in Portuguese, PPC) nursing staff. Based on the obtained profile, the study analyzed determinants and constraints of those professionals' health. It is a descriptive research with a quantitative approach. Sample comprised of 50 nurses. The instrument was a questionnaire which responses were analyzed using frequencies and percentages. The results revealed there are determinants in workers' profile that can cause health problems: smoking habit; long working hours; inadequate diet because workers replace a balanced meal for a quick snack; low wages that limit leisure times, the access to continuing education or other services relevant to their welfare. The study helped to establish causal links between work conditions and the nurses' health conditions.

Keywords: Work; Health; Nursing; Occupational Health.

RESUMEN

El presente estudio busca identificar el perfil socioeconómico y la salud del personal de enfermería de la Policlínica Piquet Carneiro (PPC). En base a tal perfil, se pretenden analizar los factores determinantes y condicionantes de lesiones a la salud de los trabajadores. Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo compuesta de 50 enfermeros. Como herramienta se utilizó un cuestionario cuyas respuestas fueron analizadas usando frecuencias y porcentajes. Los resultados revelaron que existen determinantes en el perfil de estos trabajadores que pueden conducir a problemas de salud: el tabaco, muchas horas de trabajo, alimentación inadecuada porque remplazan la comida principal por una merienda rápida, bajos salarios que limitan la posibilidad de recreación, acceso a la educación permanente y otros servicios importantes relacionados con el bienestar de los seres humanos. El estudio permitió establecer algunas relaciones causales entre las condiciones de trabajo y las condiciones de salud de su clientela.

Palabras Clave: Trabajo; Salud; Enfermería; Salud en el Trabajo.

¹ Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Procientista da UERJ. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da ENF/UERJ. E-mail: norval_souza@yahoo.com.br.

² Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e em Residência em Enfermagem Cardiovascular pela UERJ. E-mail: luanauffenf@hotmail.com.

³ Acadêmica do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem da ENF/UERJ. Bolsista PIBIC/CNPq do Projeto de Pesquisa "Riscos Ocupacionais no Trabalho de Enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro". E-mail: any-carioca@hotmail.com.

⁴ Acadêmico do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da ENF/UERJ. Voluntário PIBIC/CNPq do Projeto de Pesquisa "Riscos Ocupacionais no Trabalho de Enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro". E-mail: gleydy_fran@hotmail.com.

⁵ Acadêmica do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem da ENF/UERJ. Voluntária do Projeto de Pesquisa "Riscos Ocupacionais no Trabalho de Enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro". E-mail: liana_vian@hotmail.com.

⁶ Mestranda da ENF/UERJ. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Estudos Avançados e Pós-Graduação (ESAP). Enfermeira do Hospital Central da Marinha do Brasil. E-mail: susulourenco@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência – Rua Alexandre do Nascimento, nº 45 ap. 201 Jardim Guanabara, Ilha do Governador, Rio de Janeiro-RJ/Brasil. CEP: 21940-150. E-mail: norval_souza@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A Policlínica Piquet Carneiro (PPC) é uma unidade de saúde de média complexidade, cuja missão é “prestar serviços de saúde à população, através do ensino, da pesquisa e da extensão, constituindo-se um campo adequado ao desenvolvimento de modelos inovadores na assistência e no ensino”.¹

Em 2008, a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) assumiu a Coordenação de Enfermagem da PPC, objetivando uma estreita parceria entre ensino e serviço. Ao estabelecer tal parceria, tinha-se o planejamento de reorganizar e qualificar a força de trabalho da enfermagem, fortalecendo a integração dessa Unidade Assistencial com a Academia, e a indissociabilidade entre formação e trabalho. Dessa forma, iniciou-se um processo de implementação de ações de reestruturação gerencial e administrativa, técnica e acadêmica. Dentre elas, destaca-se o diagnóstico situacional sobre a força de trabalho da enfermagem, a contratação e a redistribuição de pessoal, a reorganização dos ambulatórios de diferentes especialidades e a capacitação profissional.

O modelo assistencial da PPC ancora-se nas diretrizes político-pedagógicas da FENF/UERJ e na sua missão:

O compromisso com a formação de enfermeiros cidadãos, conhecedores dos problemas do seu estado, em níveis de graduação e pós-graduação, por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão para atender às necessidades de saúde da sociedade, cuja responsabilidade ultrapassa os níveis puramente técnicos, exigindo de si a adoção de posições em relação ao mundo e à vida.^{2:8}

Nesse sentido, o modelo de atenção de enfermagem, nesse espaço assistencial, é centrado no usuário, devendo garantir assistência integral e de qualidade. Entende-se, porém, que para garantir um atendimento de qualidade aos usuários é necessário cuidar dos trabalhadores. Premissa básica para a fundamentação de tal cuidado aos trabalhadores de enfermagem encontra-se na necessidade de estabelecer, *a priori*, um diagnóstico da situação socioeconômica e de saúde dessa força de trabalho, já que há determinantes e condicionantes no espaço laboral, e mesmo no espaço extralaboral, que interferem na saúde. Assim, a falta dessas informações dificultam a definição de prioridades para favorecer a qualidade de vida a esse coletivo profissional.

Diante do exposto, o objetivo com este estudo foi identificar o perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da PPC e analisar, com base nesse perfil, determinantes e condicionantes de agravos a saúde dos trabalhadores.

REVISÃO DE LITERATURA

Contexto histórico e atual do trabalho da enfermagem

A enfermagem está associada, desde seu surgimento, à concepção de caridade e de devoção, cuja prática era desenvolvida primordialmente por pessoas relacionadas à Igreja, ou por leigos que estavam interessados em servir ao próximo para alcançar vida eterna. Nesse contexto histórico ressaltaram-se marcas que perduram até os dias atuais, imprimindo na profissão representações sociais ligadas à subserviência e ao sacrifício.³

Dessa forma, a ideologia que está fortemente articulada à enfermagem envolve abnegação, obediência, dedicação, o que repercute na forma como os trabalhadores reivindicam ou não melhores condições de trabalho. Para esses trabalhadores, o que mais importa são os clientes, os pacientes ou os usuários, estando eles mesmos, sua saúde ou sua qualidade de vida em segundo plano, no patamar de seus interesses.³

O desejo de mudança e o pouco enfrentamento político e social para conquistar melhores condições de trabalho encontram-se subjugados ou embotados por sentimentos idealizados da profissão, o que, por conseguinte, vai ao encontro dos interesses capitalistas, uma vez que o trabalhador continua desenvolvendo suas atividades mesmo sob condições adversas. A lógica capitalista é a da produtividade para atingir metas, que deve levar ao máximo lucro. Assim, nessa concepção, distancia-se do caráter caritativo e idealizado da profissão, porém se aproveita dela para que os trabalhadores permaneçam produzindo sem questionamentos ou embates.⁴

O trabalho em saúde e em enfermagem reproduz o progresso tecnológico e organizacional do modo de produção capitalista, porém, sendo preservadas algumas características do trabalho caritativo e rudimentar de outrora, que se traduzem em contradição e sofrimento mental para o trabalhador. Ou seja, verificam-se trabalhadores lidando com aparato tecnológico de última geração, mas, no entanto, frequentemente há carência de insumos hospitalares elementares para prestar o cuidado (ausência de gaze, esparadrapos, seringas, etc.). Tal situação evidencia uma organização e um processo de trabalho equivocados que têm grande potencial para adoecer os trabalhadores.⁴

Nessa perspectiva, esse processo laboral, com frequência, fundamenta-se na lógica taylorista/fordista, muitas vezes oculta pelo discurso do trabalho em equipe, mas que traz como pano de fundo algumas peculiaridades que se tornam perversas para o trabalhador – por exemplo, citam-se a repartição de tarefa; a elevação do ritmo de trabalho; trabalho em turnos; a necessidade de cumprimento de metas mesmo que sejam difíceis de atingir; a superespecialização de tarefas, como aqueles trabalhadores que só administram medicação, outros que apenas alimentam os clientes. A consequência é que o trabalhador sofre e adocece, comprometendo sua vida e a dos usuários de seus serviços.⁴

A entrada de novas tecnologias não representa, nesse ramo, o alívio da labuta humana, ao contrário, o setor é fundamentalmente marcado pelo trabalho massivo e estressante. Percebe-se o aumento do número de doenças entre os profissionais de saúde, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, distúrbios gástricos e psicológicos, dentre outras.⁵

O trabalho de enfermagem revela complexidades marcantes: quanto mais se estuda e se compreende sobre ele, mais se tem a certeza de que existem inúmeras situações que interferem na saúde dos trabalhadores e que precisam ser transformadas para garantir qualidade de vida a essa força de trabalho. Verificam-se condições laborais que envolvem situações insalubres e perigosas; salários aquém das necessidades dos trabalhadores, que os impelem ao duplo e triplo vínculo laboral, comprometendo, assim, seu lazer e o convívio com familiares; o lidar cotidiano com a dor, o sofrimento e a morte; precarização das condições e das relações de trabalho advinda da nova lógica capitalista – o neoliberalismo; e por aí vão as situações que têm potencial para adoecer o trabalhador de enfermagem.⁶

A saúde do trabalhador de enfermagem

Para analisar a saúde dos trabalhadores de enfermagem devem ser considerados aspectos que envolvem as condições de trabalho, a configuração da organização laboral em saúde, a especificidade do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, a participação no processo de gestão e na concepção da tarefa, dentre outras questões de caráter macroestruturais que também se articulam com as situações da vivência cotidiana dos trabalhadores de enfermagem.⁷

Na maioria das vezes, o sofrimento do trabalhador de enfermagem está associado ao desgaste no trabalho, às questões socioeconômicas insuficientes, ao sentimento de insegurança no trabalho e à especificidade da unidade assistencial onde o profissional de enfermagem atua. Um estudo sobre a depressão avaliada em trabalhadores de enfermagem apresentou fatores de correlação direta com “a sobrecarga de trabalho e o conflito de interesses e correlação negativa com apoio social, entendido como o suporte oferecido pelos superiores, colegas de trabalho e familiares”^{8,82}.

A sobrecarga de trabalho e os problemas relacionados à jornada laboral e ao trabalho em turnos ocasionam efeitos negativos no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem, levando à “diminuição da satisfação, menor intenção de permanecer no emprego, o aumento da depressão e do sofrimento, além de sintomas físicos como perda de apetite, nervosismos, indigestão, entre outros”^{8,82}. Entretanto, as equipes de enfermagem que possuem maior autonomia no desenvolvimento de suas atividades laborativas relatam maior vontade de permanecer no emprego e menor sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.⁸

A insatisfação e o sofrimento no trabalho favorecem a necessidade do trabalhador de utilizar estratégias como

a fuga e a alienação, as quais ocasionam passividade e pessimismo, sendo considerado como principal agente desencadeador das doenças psicossomáticas que muitas vezes originam doenças crônicas.⁸

Ao avaliar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas de doenças em profissionais de enfermagem, pode-se observar que os aspectos emocionais, a saúde mental e a vitalidade são as dimensões mais comprometidas do estado geral de saúde desses profissionais.⁹

Corroborando essa inferência, percebe-se que a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem é frequentemente ameaçada, pois, além das situações adversas apontadas, eles se encontram na categoria do trabalho diuturno, tornando necessário que atuem em turnos, incluindo o noturno, ocasionando-lhes mudanças no funcionamento orgânico, como também na dimensão subjetiva. Igualmente, ressalte-se que esses trabalhadores lidam constantemente com o sofrimento, a dor e a morte dos clientes, os quais são eventos inerentes ao seu processo de trabalho, porém são impactados negativamente porque tais questões chocam-se com as crenças e os valores da sociedade ocidental, dentre outras questões.¹⁰

Enfatize-se que o perfil socioeconômico pode ocasionar vulnerabilidade ou resistência da enfermagem a problemas de saúde.⁹ Em outros estudos, verificou-se, também, que tal perfil contribuiu mais do que os fatores estressores do trabalho para a variação dos níveis de motivação, sugerindo que as habilidades de enfrentamento trazidas para o trabalho são relevantes precursores dos sentimentos de realização profissional.^{11,12}

O perfil socioeconômico, avaliado em trabalhadores de enfermagem, apresenta relação direta e positiva com o estresse, o absenteísmo e a intenção de rotatividade pelo trabalhador.⁹ Os achados encontrados por alguns pesquisadores demonstraram que os profissionais de enfermagem vivenciam estresse e apresentam tendência a desenvolver doenças crônicas dependendo desse perfil. Esse processo favorece o estabelecimento da desmotivação no trabalho e suas consequências disfuncionais, como o absenteísmo e a rotatividade.^{8,9}

As intervenções para a diminuição do sofrimento psíquico dos trabalhadores e das doenças ocupacionais estão relacionadas à

melhor e mais clara divisão do trabalho, entre os trabalhadores de enfermagem e os demais profissionais da saúde; à reposição dos trabalhadores faltantes, para manter a eficiência de cada time de trabalho; ao apoio do supervisor e dos colegas quando a solução de problemas na clínica; o reconhecimento por parte dos superiores; a participação no processo de tomada de decisão; à oportunidade para desenvolver suas habilidades; e às oportunidades para falarem sobre as tensões no trabalho.^{8,83}

A divisão do trabalho deve priorizar essencialmente reduzir as cargas de trabalho e os problemas de escala.

Muitas vezes, essa divisão fica em detrimento das questões orçamentárias, da assistência a clientes críticos, da complexidade das tarefas e das tecnologias e da falta de pessoal, que podem vir a deteriorar o relacionamento entre o supervisor, a equipe e os colegas de trabalho, e, certamente aumentar a carga de trabalho.¹³

Assim, verifica-se a relevância de promover a implementação de programas de atenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem que levem em consideração os aspectos socioeconômicos e de saúde, com base em estratégias apropriadas, objetivando a minimização das doenças ocupacionais, a redução do absenteísmo e da rotatividade entre os trabalhadores.¹²

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo é de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizado na PPC, tendo como sujeitos os trabalhadores de enfermagem.

De uma população de 80 trabalhadores de enfermagem, a amostra foi composta por 50 trabalhadores, os quais atuavam nos seguintes setores: Unidade de Cirurgia Ambulatorial (Ucamb); Central de Material Esterilizado (CME); Clínica Cirúrgica; Cirurgia Vasculosa; Repouso e Acolhimento; Pediatria e Vacinação; Ginecologia e Obstetrícia.

Os critérios de seleção dos setores deram-se pelas dinâmicas de trabalho ali realizadas, caracterizadas pela demanda intensa de atendimentos, grande número de procedimentos envolvendo riscos ocupacionais, além de apresentarem elevada concentração de trabalhadores de enfermagem.

Os critérios para a conformação dos sujeitos foram: que não se encontrassem afastados temporariamente de suas atividades laborais por motivo de licença ou período de férias e que tivessem desejo de participar da pesquisa, além de disponibilidade de tempo para fornecerem as informações. Nesse sentido, considerando que 23 trabalhadores estavam de licença por motivo de saúde, gozo das férias, licença-prêmio, além de cinco trabalhadores se recusarem a participar do estudo, não foi possível coletar os dados com dois trabalhadores dados os desencontros entre eles e os pesquisadores. Obteve-se, então, o quantitativo de 50 sujeitos.

Cabe enfatizar que o procedimento de escolha dos sujeitos teve apoio inicial da Direção de Enfermagem da PPC, quando foram explicados os objetivos da pesquisa e a necessidade de coletar os dados com trabalhadores que estivessem no local de trabalho, evitando que os pesquisadores se deslocassem para o espaço privado dos possíveis sujeitos (domicílios). Diante dessa explicação, a diretora de enfermagem forneceu uma lista com nomes de trabalhadores de enfermagem que estavam em pleno exercício profissional, disponibilizando um local reservado para a coleta dos dados.

A coleta ocorreu no período de janeiro a março de 2010, mediante a aplicação de questionários contendo 37

perguntas, as quais se referiam a dados de identificação, sociais, laborais e sobre a história de saúde. Antes da fase de coleta, o projeto foi submetido a avaliação e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, conforme exigência da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa, sob o Protocolo nº 2528 CEP/Hupe.

Ainda com base na Resolução nº 196/96, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo dados relevantes da pesquisa e dos pesquisadores sobre a garantia do anonimato dos sujeitos e o sigilo sobre a identidade dos participantes, dentre outros aspectos que asseguram o direito e a preservação da integridade física, mental e social dos sujeitos. Após serem devidamente esclarecidos sobre tais aspectos, os trabalhadores selecionados foram convidados a participar da pesquisa. Após a concordância da participação, assinaram o TCLE, permanecendo em posse de uma via do referido termo.

Os dados foram analisados por meio de análise frequencial e percentual, sendo discutidos à luz do referencial teórico da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ocupacional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da amostra de 50 trabalhadores de enfermagem, 20% eram enfermeiros, 50% eram técnicos de enfermagem, 26% caracterizaram-se como auxiliares de enfermagem e 4% revelaram-se operadores de serviços gerais. A dinâmica ambulatorial de média complexidade tem interferência na quantidade, representativamente maior, de profissionais de níveis médio e técnico na instituição.¹⁴

Nessa lógica de organização, o trabalho em equipe é uma estratégia para racionalizar a força de trabalho, sob orientação de um líder que trabalha para coordenar o grupo e com condições cognitivas de substituir qualquer um que venha a faltar. Nesse caso, o líder das equipes de enfermagem é o enfermeiro. Tal configuração laboral exige que esse trabalhador seja polivalente para assumir qualquer posto que se faça necessário, o que está em concordância com a lógica do modelo capitalista que impera no mundo contemporâneo – o neoliberal.¹⁴

Nessa perspectiva, verificou-se que os gestores dessa instituição têm incorporado ao seu quadro de pessoal muito mais a mão de obra de níveis médio e fundamental do que de nível superior, que é mais onerosa para a folha de pagamento. Essa situação vem ao encontro do modelo produtivo neoliberal, que prima pela redução dos custos e maximização dos resultados. Isto é, mantém-se um profissional de nível superior multifuncional e polivalente, que, no caso de faltas ou férias de funcionários, pode amenizar ou resolver o déficit com competência, sem aumentar os custos.

Na UERJ há, predominantemente, duas formas de contratação de trabalhadores: uma é por concurso público, na qual o funcionário é denominado como

efetivo/concursado; e a outra forma de contratação é pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CTL), quando o profissional é denominado de contratado. Assim, obteve-se que 52% dos trabalhadores eram contratados, 46% concursados e 2% bolsistas de programas de pesquisa.

Essa situação merece reflexão, inicialmente porque o número de trabalhadores contratados é maior que o dos trabalhadores efetivos, o que já se caracteriza um equívoco em um serviço público. Além disso, registre-se que os trabalhadores contratados recebem salários inferiores aos dos efetivos, porém executam as mesmas tarefas; não possuem alguns direitos, como auxílio-alimentação e auxílio-creche, o que retrata claramente a questão da precarização de suas condições de trabalho. Ressalte-se que tal precarização favorece, também, o surgimento da precarização das relações de trabalho, decorrente de vivências laborais tão desiguais e perversas.¹⁵

Nesse sentido, depreende-se que esse perfil de trabalhadores, considerando inicialmente o vínculo empregatício, aponta para um aspecto que pode conduzir ao adoecimento, uma vez que eles não possuem alguns direitos laborais devidamente assegurados, suas condições de trabalho são diferenciadas de outros trabalhadores, surgindo ou acirrando situações de conflitos e de relações de poder, dadas as desigualdades. Além disso, a questão da falta de garantia de estabilidade no emprego acaba colocando o trabalhador contratado em uma situação preocupante de vulnerabilidade e instabilidade. Tal situação caracteriza-se, dentre outros aspectos, em risco psicossocial para o trabalhador.

Verificou-se que 30% dos trabalhadores investigados exercem a atual atividade há menos um ano, enquanto 30% a exercem há vinte ou mais anos, o que caracteriza a discrepância entre o tempo de serviço dos jovens contratados e os trabalhadores mais idosos de vínculo estatutário. Essa situação traz repercussões no trabalho e nas relações laborais, porque há dois grandes grupos de trabalhadores: um que tem pouca experiência profissional, mas que provavelmente deseja aprender e transformar o espaço de trabalho, e outro que está próximo de se aposentar e, possivelmente, está pouco motivado para novos empreendimentos profissionais.¹⁶

Quanto à carga horária semanal, 60% trabalhavam 40 horas, 36% atuavam 30 horas semanais e 4% não revelaram a carga horária de trabalho. A jornada de trabalho desses trabalhadores caracterizou-se como: diaristas (66%), plantonistas (24%) e outros (10%). O maior número de funcionários diaristas justifica-se pelo perfil ambulatorial da instituição. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (86%), com idade variando entre 20 e 60 anos.

Quando se observa o percentual elevado de mulheres, cabe analisar que, além da elevada jornada de trabalho, muitas vezes elas ainda assumem trabalhos domésticos e a responsabilidade pela educação dos filhos. Nesse

sentido, o cuidado com a saúde pode ser negligenciado, dada a excessiva carga de obrigações laborativas e familiares.¹⁷

Além disso, ressalte-se que, enquanto as entidades de classe da enfermagem lutam por uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, o que se verificou neste estudo é que 60% dos trabalhadores investigados ainda atuam com carga horária de 40 horas semanais. Considerando que a enfermagem é uma profissão que gera grande estresse por lidar com vidas humanas, dor, morte e doença, essa é uma situação que necessita ser modificada a fim de auxiliar na preservação da saúde desses trabalhadores.¹⁶

Outro aspecto que deve ser aludido é que os profissionais da equipe de enfermagem, pela própria natureza do trabalho, realizam atividades em regime de turnos, diurno e noturno.¹⁸ Essa situação auxilia na consolidação de uma cultura profissional que leva o trabalhador a assumir dois empregos, por motivos diversos: baixos salários, facilidades em conciliar a atuação profissional em duas ou mais instituições laborais; permissividade das leis trabalhistas, dentre outros.

No entanto, esse é um equívoco do coletivo laboral, uma vez que a profissão possui elevada carga física e psíquica, necessitando de pausas no trabalho e horas de descanso mais prolongadas. Dessa forma, com uma carga horária de 40 horas semanais e os afazeres domésticos, adicionados à cultura de dois empregos, pode-se vislumbrar que essa situação envolvendo jornada de trabalho tem grande potencial para deteriorar a saúde dos trabalhadores.

Além disso, a jornada de trabalho exorbitante, somada à carga horária dos diferentes empregos e aos afazeres domésticos e familiares, no caso da trabalhadora de enfermagem, obstaculiza a busca, necessária, do aprimoramento profissional. E essa situação se reflete na qualidade dos serviços e na dificuldade desse trabalhador almejar melhores empregos no mercado de trabalho, pela deficiente qualificação profissional.

Nesse sentido, também há de se reforçar que, enquanto não houver uma legislação que regule a jornada de trabalho dessa categoria profissional, os empregadores poderão até exigir a jornada máxima possível de 44 horas semanais, a não ser que haja algum acordo ou convenção coletiva do trabalho que estabeleça uma carga horária menor.¹⁸

Quanto aos hábitos e estilos de vida, 54% dos trabalhadores substituíam alguma refeição principal por refeições rápidas, tipo *fast food*, dos quais 19% tinham essa conduta esporadicamente e 35% frequentemente. Além disso, 56% dos trabalhadores não realizavam atividade física.

Cabe ressaltar que esse tipo de alimentação, geralmente realizadas fora de casa, caracteriza-se pelo consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional. A praticidade da *fast food* acarreta sérias consequências ao organismo, pois as gorduras

industrializadas, o açúcar e o sal presentes em altas doses nesses alimentos aumentam o risco de obesidade e doenças cardíacas. Adicionado ao perigo desse tipo de alimentação, observa-se também um percentual elevado de trabalhadores (56%) sedentários, potencializando ainda mais o risco de infarto agudo do miocárdio, de acidente vascular cerebral, diabetes, dentre outras enfermidades estreitamente vinculadas a hábitos de vida não saudáveis.¹⁹

A prática alimentar não saudável entre esses profissionais, muitas vezes, justifica-se pela carga de trabalho elevada, somando-se as cargas diárias dos diferentes vínculos empregatícios, o que impossibilita o trabalhador de preparar, em casa, alimentos mais saudáveis para que sejam levados para o consumo no ambiente de trabalho. Ressalte-se, também, que o fato de a instituição não oferecer refeições dificulta a alimentação diária balanceada, em termos nutricionais. Há, na instituição, apenas uma cantina, que, além de não apresentar um cardápio variado e nutritivo, oferece, diariamente, a venda de um número limitado de refeições, sempre menor que a demanda de procura pelos trabalhadores.

Enfatize-se também que, assim como os hábitos alimentares deficientes, a inatividade física também requer ações profissionais multidisciplinares e integradas com o objetivo de planejar orientações nutricionais e promoção de atividades físicas no ambiente laboral, em prol da minimização de fatores de risco para a doença coronariana, levando em consideração a conscientização dos trabalhadores e tornando-os sujeitos da própria aprendizagem.¹⁹

Refletindo sobre a utilização de dietas do tipo *fast food* e do sedentarismo informado pelos sujeitos, percebeu-se que havia um número significativo de trabalhadores de enfermagem que evidenciava sobrepeso. Vale ressaltar, porém, que não foi mensurado Índice de Massa Corporal (IMC) para afirmar tal ocorrência. Dessa forma, essa percepção poderia servir de inquietação científica, buscando correlacionar alimentação, obesidade e ocorrência de patologias, vislumbrando a implementação de um programa de saúde visando ao uso de alimentação saudável, dentre outras medidas.

Dos entrevistados, 12% apresentavam o hábito de fumar e 46% consumiam bebida alcoólica. Os dados apreendidos sobre o uso de bebida alcoólica revelam, também, a necessidade de estudos posteriores que deem conta da análise da frequência e modo de consumo dessa droga, o que pode subsidiar ações educativas voltadas para a promoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Sabe-se que os hábitos de beber e fumar não são condizentes com os profissionais de saúde, que, por excelência, são educadores em saúde. O descuido dos trabalhadores com a própria saúde leva-os a adotar o lema “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”, que é extremamente fraco em termos de persuasão, no sentido de induzir seus clientes a construir o próprio desejo de promover saúde.

Quanto ao histórico familiar de doenças crônicas, 23 trabalhadores apresentaram história de cardiopatia; 34, relatos de hipertensão arterial sistêmica (HAS); 26 tinham histórico de diabetes *mellitus*; e 21 apresentaram histórico de neoplasias.

A partir da década de 1990, observou-se a crescente prevalência da obesidade e doenças crônico-degenerativas, muitas vezes decorrentes de uma alimentação inadequada, a qual se caracteriza, frequentemente, como de má qualidade, e também do sedentarismo. Nesse sentido, tais hábitos de vida contribuem para o surgimento de doenças como câncer, diabetes *mellitus* tipo 2, problemas cardiovasculares, dentre outras.²⁰⁻²¹ As organizações de saúde nacionais e internacionais, especialistas na questão alimentar, têm chamado a atenção para o baixo consumo de hortaliças e frutas em todos os estratos sociais, o que igualmente predispõe o surgimento de doenças crônico-degenerativas.^{20,21}

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o estilo de vida influencia muito no padrão de riscos cardiovasculares das populações e que a modernização está associada ao aumento da incidência de doenças como HAS e diabetes.²²

A preferência pelas refeições práticas, de preparo rápido e subnutritivas, pode ser justificada pelo ritmo intenso de trabalho, decorrente das múltiplas jornadas, o que não seria justificativa única e generalizada para o fato, pois o tipo de alimentação adotado pode, também, refletir hábitos familiares e até mesmo padrões culturais socialmente valorizados e enfatizados pela mídia.

Diante desse contexto, as instituições precisam incorporar programas de educação em saúde para os trabalhadores visando tanto ao cuidado de si como ao cuidado do outro, pois se entende que a capacitação desses profissionais sobre as doenças crônicas poderá beneficiar não somente os próprios profissionais, mas também as pessoas que recebem os cuidados.²²

Dos 21 trabalhadores que responderam ter histórico de neoplasia na família, a relação de parentesco foi assim distribuída: mãe (9), pai (8), irmã (5), avós (4) e tios (4). Estes dados revelam a importância de fazer os exames preventivos regularmente, afinal já existe, nesses trabalhadores, uma história prévia da doença na família e, portanto, há maior probabilidade de desenvolvê-la.

Com relação à história de doenças atuais, dos 50 trabalhadores entrevistados, obteve-se que 26 apresentavam doenças osteomusculares; 17 possuíam alergias; 13 relataram doenças do aparelho vascular; 10 apresentavam gastrite; 9 registraram doenças do aparelho respiratório; 5 referiram doença da tireoide; 3 eram cardiopatas; 1 citou ter insuficiência renal crônica; 7 apresentavam outras patologias.

Esse perfil de saúde dos trabalhadores mostra que existem patologias já instaladas e que requerem cuidados especiais, dada a possibilidade de deteriorar ainda mais a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. Muitas doenças apontadas podem ternexo causal com o

contexto laboral da enfermagem, o qual é estressante e predisposto a gerar ou agravar quadros nosológicos, como doenças osteomusculares, gastrite, alergias, doenças vasculares, dentre outras.²³

A questão da gênese das doenças osteomusculares continua sendo um desafio a ser superado, dados os conflitos e controvérsias existentes e que envolvem pesquisadores, profissionais da saúde e trabalhadores. A controvérsia, de forma geral, é resultado da negação da existência do nexos causal entre a doença e a atividade laboral desempenhada, que resulta em maior prejuízo para o trabalhador, o qual fica sem ter assegurado seus direitos referentes à questão envolvendo a saúde.⁹

Outro fator relevante a ser considerado reside no fato de que as doenças de instalação insidiosa e caracterizadas pela cronicidade, além das doenças psíquicas e das multifatoriais, causam divergências, dificuldades e até negligência no estabelecimento do possível nexos causal com as atividades laborativas. Esse fato, por sua vez, dificulta os achados epidemiológicos, as questões previdenciárias e o planejamento das ações no ambiente de trabalho, em prol da minimização da ocorrência desses agravos.

Dos entrevistados, 62% faziam uso de medicação regularmente, sendo que, dos medicamentos citados, 42% eram das classes dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. Estes últimos dados também se correlacionam com a constatação de que 18% dos entrevistados eram portadores de doenças crônicas, sendo 14% diabéticos e 4% hipertensos. Nessa perspectiva, acredita-se que as ações educativas têm papel essencial no controle dessas doenças, uma vez que suas complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado adequado e ao estilo de vida saudável.²³

Quanto à renda obtida, 74% relataram que recebem de um a três salários; 16%, de três a cinco; 8%, acima de cinco salários; e 2% não responderam. Infere-se que a condição econômica é determinante para a sustentabilidade de hábitos de vida mais saudáveis, aquisição de alimentação de bom padrão qualitativo, investimento em práticas de exercício físico, regular acompanhamento médico do estado de saúde, realização de lazer e investimento na capacitação profissional. Nesse sentido, há que se fazer uma análise quanto à precariedade do salário recebido por grande parte desses trabalhadores (74%), o qual não assegura boa qualidade de vida, considerando o elevado custo de vida numa cidade tal como o Rio de Janeiro.¹²

Além disso, há de se refletir, também, que com esses baixos salários os trabalhadores de enfermagem podem ser impelidos a buscar outros empregos a fim de garantir o mínimo indispensável à sobrevivência e bem-estar próprio e dos seus, adicionando outras razões à adoção da dupla e/ou tripla jornada laboral. Por conseguinte, as jornadas múltiplas culminam na potencialização da exposição aos riscos laborais, favorecendo a instalação do processo de adoecimento.

Com relação à paternidade/maternidade, 54% relataram que tinham um ou dois filhos; 12%, três filhos ou mais; e 26% que não tinham filhos. O crescimento da

participação da mulher no mercado de trabalho é um fato evidente, e com isso o menor número de filhos estaria relacionado ao maior engajamento da população feminina no mercado de trabalho.¹²

Em contrapartida, contextualiza-se que existe um percentual elevado de mulheres muito jovens atuando nesse espaço de trabalho, algo em torno de 20 anos de idade. Assim, considera-se que essas mulheres ainda não fizeram a opção pelo casamento e/ou por filhos, o que pode acontecer posteriormente.¹²

No tocante à assistência médica, 66% possuíam plano de saúde e 32%, não. Da amostra, 68% já realizaram algum procedimento cirúrgico e 66% estiveram internados.

O dado apresentado anteriormente carece de reflexão, uma vez que um percentual elevado desses profissionais da saúde precisa recorrer à assistência privada para serem atendidos em suas demandas de saúde. Além disso, com os salários referidos por esses trabalhadores e com o elevado valor dos planos de saúde, essa situação pode causar angústia e sofrimento dados os custos que causam no orçamento familiar. Na verdade, esses trabalhadores deveriam ter assistência de saúde gratuita e voltada para suas necessidades como trabalhadores e pessoas singulares.¹⁶

Outro dado relevante foi que 26% dos trabalhadores de enfermagem possuíam outro vínculo empregatício. Para o padrão da enfermagem, o qual um grande quantitativo de profissionais possui duplo e até triplo vínculo laboral, considerou-se pequeno o percentual de sujeitos que têm outro emprego. Infere-se que essa situação pode estar relacionada à carga horária ambulatorial exercida pelos profissionais de enfermagem, o que implica a necessidade de comparecimento à instituição em vários dias na semana, muitas vezes até de segunda a sexta-feira, dificultando a manutenção de outros vínculos empregatícios.

Por outro lado, é importante lembrar que há forte possibilidade de uma segunda jornada de trabalho para grande parte dos entrevistados, pois, considerando que a amostra foi constituída em sua maioria por trabalhadores do sexo feminino, existem grandes chances de que essas mulheres assumam as tarefas domésticas como outra atividade laboral sem remuneração.

CONCLUSÃO

Pôde-se verificar nesta pesquisa, por meio da análise dos dados, que no perfil dos trabalhadores há determinantes/condicionantes que podem levar a agravos à saúde, tais como: jornada de trabalho elevada (40 horas semanais); alimentação inadequada quando esses trabalhadores substituem a refeição principal por um lanche rápido; baixos salários, que limitam a possibilidade de lazer, de acesso a educação continuada ou outros serviços relevantes ao bem-estar do ser humano.

Assim, há muito que fazer por esses trabalhadores a fim de preservar-lhes, resgatar e/ou promover-lhes a saúde,

pois os resultados evidenciaram situações que carecem de transformação. Para que essa transformação ocorra, faz-se mister aprofundar-se no conhecimento sobre as condições laborais e as características da organização do trabalho, articulando-as com o perfil aqui levantado.

Vale enfatizar que o conhecimento do perfil desses trabalhadores deve ser constantemente pesquisado e analisado, considerando as possíveis alterações, quantitativas e qualitativas, no pessoal de enfermagem, além das possíveis mudanças no padrão do atendimento e na dinâmica laboral.

Dessa forma, conclui-se que se faz, primordialmente, necessário o conhecimento do referido perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da PPC, de modo a favorecer um diagnóstico inicial que permita o conhecimento das reais demandas de cuidado por parte desses trabalhadores, assim como facilitar o estabelecimento de nexos causais entre as condições de trabalho e as possíveis afecções à saúde dessa clientela.

Mais do que facilitar o estabelecimento de tais nexos causais, o conhecimento do perfil desses trabalhadores permite o planejamento de ações de promoção da saúde no ambiente laboral que possam atender efetivamente às reais demandas de cuidado. Para que essas ações sejam efetivas, faz-se necessário, sobretudo, fortalecer a consciência do trabalhador para o autocuidado, pois acredita-se que, dessa forma, a busca pela adoção de hábitos de vida mais saudáveis vai extrapolar os limites do ambiente laboral e esses hábitos estarão enraizados no cotidiano extralaboral do trabalhador.

Esta pesquisa permitiu contribuir com a instituição PPC, no sentido de apontar a necessidade de criação de um Núcleo Interno de Saúde do Trabalhador, pois até a presente data as demandas de cuidado nessa área são reportadas a um núcleo de Saúde do Trabalhador comum a toda Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que, apesar dos esforços empreendidos por este último, permanece obstaculizada a atuação mais direta às reais demandas, manifestadas por esses trabalhadores, que são, por sua vez peculiares às características do trabalho que desempenham.

Mediante o breve diagnóstico obtido do perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da PPC, sugere-se que, como ações a serem desenvolvidas, esse Núcleo Interno de Saúde do Trabalhador na PPC precisa voltar-se para a prática de atividades físicas, terapias naturais, atividades de lazer, conciliação de trabalho e repouso, orientações quanto aos hábitos dietéticos saudáveis, controle e prevenção das doenças crônicas, preservação da saúde psicofísica dos trabalhadores, dentre outros.

Assim, considera-se que esta pesquisa alcançou os objetivos propostos e se tornou primordial no diagnóstico da situação laboral e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da PPC, pressuposto essencial para o planejamento de ações futuras que contemplem a implementação de um cuidado de qualidade aos trabalhadores que sustentam sua atividade laboral na oferta cotidiana de cuidados. Cuidar de quem cuida é premissa básica para a garantia de oferta de um cuidado de qualidade aos usuários da instituição PPC.

REFERÊNCIAS

1. Informe PPC. Policlínica e HUPE avançam na integração. Rio de Janeiro; 2009.
2. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Projeto Político Pedagógico: Curso de Graduação. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
3. Netto LFS, Ramos FRS. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(1):50-7.
4. Cunha LS. As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas Implicações na Saúde do Trabalhador de Enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2008.
5. Zanarotti VRC. Sistema de produção flexível e intensificação do trabalho: um ensaio teórico. *Rev Produção Online*. 2007; 7(1):1-16.
6. Berti HW, Ayres JA, Lima MJR, Mendes RWB. Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):174-81.
7. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(supl.):S777-81.
8. Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*. 2007; 12(1):79-85.
9. Gehring Junior G. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(3):401-9.
10. Júnior ACS, Siqueira FPC, Gonçalves BGOG. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):41-4.
11. Lisboa MTL, Oliveira MM, Reis LD. O trabalho noturno e a prática de enfermagem: uma percepção dos estudantes de enfermagem. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 2006; 10(3):393-8.
12. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(4):517-25.
13. Borges LH, Moulin, MGB, Araújo MD, organizadoras. Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações. Vitória: EDUFES; 2001.
14. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):41-7.

15. Antunes R. O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Bontempo; 2005.
16. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):417-25.
17. Souza NVDO, Lisboa MTL. Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da enfermeira. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2005; 9(2):229-36.
18. Neumann VN, Freitas MEA. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. *REME Rev Min Enferm.* 2008; 12(4):531-7.
19. Souza ACTO, Arantes BFR, Costa PDC. A obesidade como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Edu Meio Amb Saúde.* 2008; 3(1):107-16.
20. Boog MCF. Contribuição da educação nutricional a construção da segurança alimentar. *Saúde Rev.* 2004; 6(13):17-23.
21. Engstrom EM, Castro IRR. Monitoramento em nutrição e saúde: articulação da informação com a ação. *Saúde Rev.* 2004; 6(13):45-52.
22. Reiners AAO, Costa ALRC, Arruda ALG, Costa LMFC, Nogueira MS. Hipertensão arterial: perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1):41-9.
23. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):669-76.

SENTIDOS DA DOR DO PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*

MEANING OF PAIN IN A NORMAL DELIVERY IN THE PERSPECTIVE AND EXPERIENCE OF A GROUP OF WOMEN TREATED AT THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

SENTIDO DEL DOLOR DEL PARTO NORMAL DESDE LA PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE MUJERES USUARIAS DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Nilza Alves Marques Almeida¹

Marcelo Medeiros²

Marta Rovey de Souza³

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi compreender os sentidos da dor do parto normal, construídos por um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidas em uma maternidade pública de Goiânia-GO, Brasil, com base em suas perspectivas durante a primeira gestação e de suas vivências de dor no primeiro parto. Primigestas voluntárias foram entrevistadas, antes e após o parto normal, com perguntas norteadoras sobre a temática da dor do parto normal. As falas foram analisadas pelo Método de Interpretação de Sentidos. As dez participantes estavam na faixa etária entre 18 e 31 anos, fizeram o pré-natal completo e a evolução da gravidez e do parto foi normal. Da análise das falas emergiram as categorias temáticas: *Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal* e *Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada*. No período pré-natal, foram construídos sentidos ambíguos da dor, ora como fenômeno natural inerente ao parto, ora como fenômeno de sofrimento para a mulher, conforme retratado no meio sociocultural e na assistência pré-natal. Baseando-se na vivência parturitiva, como protagonista do parto, a maioria construiu sentidos de dor como fenômeno inerente ao parto natural e de domínio feminino. Esses resultados configuram relevante instrumento para os profissionais da saúde, no sentido de planejar ações educativas no pré-natal e estratégias de manejo da dor que promovam conforto e satisfação às parturientes, na perspectiva de assistência obstétrica humanizada, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Palavras-chave: Dor do Parto; Parto Normal; Pré-Natal; Enfermagem obstétrica; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive study that aims at understanding the meaning of pain in normal delivery for parturients treated at a public maternity hospital in Goiânia, Goiás, Brazil. The study considered their perspectives during the first pregnancy and their experiences of pain during labour. Voluntary primigravida women were interviewed before and after their normal delivery. The questions' topic was normal delivery. The women's responses were analyzed by the Interpretation of Meaning methodology. The participants were aged between 18 to 31 years old, with a full antenatal assessment, and a normal pregnancy development and delivery. From the analysis of their discourses the following thematic categories emerged: "the meaning of pain during a normal delivery from their expectations during antenatal" and "the meaning of pain in a normal delivery from an institutionalized delivery experience". The meaning of pain constructed during antenatal period was understood either as a natural phenomenon inherent to childbirth or as a source of suffering. Based on their experiences as delivery protagonists the majority developed a meaning of pain as a phenomenon inherent to a natural delivery and a women's domain. These results constitute important tool for health professionals in the planning of antenatal educational activities and strategies for the monitoring and management of pain. Such activities should promote the women's comfort and satisfaction according to a humanized obstetrics perspective as recommended by the World Health Organization.

Key words: Labor Pain; Natural Childbirth; Prenatal Care; Obstetrical Nursing; Women's Health.

RESUMEN

Este estudio descriptivo de enfoque cualitativo tuvo como objetivo comprender el significado del dolor durante el parto normal para un grupo de mujeres atendidas en una maternidad pública de Goiânia, Goiás, Brasil. El estudio se basa en las perspectivas de dichas mujeres durante el primer embarazo y en sus experiencias de dolor en el parto. Se entrevistaron a primigrávidas voluntarias antes y después del parto vaginal. Las preguntas se referían al dolor en el parto normal. Sus declaraciones fueron analizadas por el Método de Interpretación de Sentidos. Las diez participantes que tenían edad entre 18 y 31 años, tuvieron gestación y parto normales. El análisis de los discursos sugirió las categorías temáticas:

* Artigo baseado em tese intitulada "A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde", Universidade de Brasília, 2009, vinculada ao Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem e ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG), Goiânia-GO, Brasil. E-mail: nilza@fen.ufg.br.

² Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Coordenador do Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem da FEN/UFG, Goiânia-GO, Brasil. E-mail: marcelo@fen.ufg.br.

³ Doutora em Ciências Sociais. Professora associada da Faculdade de Ciências Sociais da UFG. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFG, Goiânia-GO, Brasil. E-mail: martary@gmail.com.

Endereço para correspondência – Rua 227-A, nº 72, Residencial Arapoema, apto. 804, Setor Leste Universitário, Goiânia-GO – Brasil. CEP: 74.610-155.

Fone: (62)8454-3957/(62)3261-5920. nilza@fen.ufg.br.

“La construcción del sentido del dolor del parto normal desde la perspectiva del dolor en el período prenatal” y “La construcción del sentido del dolor del parto desde la experiencia del parto institucionalizado”. En el período prenatal se construyeron significados ambiguos del dolor, ya sea como fenómeno natural inherente al parto o como fenómeno de sufrimiento para la mujer, según lo retratado en el entorno sociocultural y atención prenatal. Con la experiencia del parto, como protagonista del mismo, las percepciones más desarrolladas fueron del dolor como un fenómeno inherente al parto natural y del dominio femenino. Estos resultados son una herramienta importante para que los profesionales de la salud planifiquen actividades educativas sobre el cuidado prenatal y estrategias de manejo del dolor. Desde la perspectiva de la atención obstétrica humanizada, dichas actividades deberían promover la comodidad y satisfacción en el parto, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: Dolor del Parto; Parto Normal; Atención Prenatal; Enfermería Obstétrica; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O parto normal, como evento contextualizado culturalmente, reflete os valores de cada sociedade humana, por meio dos sentidos atribuídos a ele e ao processo doloroso como fenômenos universais que transcendem a experiência física.¹

A dor do parto normal, como uma experiência inerente ao processo de parturição e historicamente associada à ideia de sofrimento, é um componente cultural que tem contribuído para que o parto normal tenha conotação e significado de experiência traumática para a mulher, bem como tem colaborado para a difusão do ideário de dor como sofrimento no imaginário feminino popular.²

A dor do parto normal encontra-se em destaque no cenário atual de discussão científica mundial com o propósito de subsidiar a assistência obstétrica e, com isso, aumentar a satisfação da mulher na vivência do processo parturitivo e favorecer o resgate social da prática do parto normal. Constitui, portanto, um desafio para os programas de Saúde Pública e para os profissionais da assistência obstétrica, por se tratar de um evento fisiológico complexo e subjetivo, que envolve, em seu processo de percepção, tanto a dimensão biológica quanto a dimensão psicológica e sociocultural.³

Conforme a classificação geral de dor, a dor do parto pode ser definida como orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina.³ Nesse caso, a dor assume uma característica intermitente, que se inicia com o trabalho de parto, aumentando progressivamente de acordo com o padrão da contração uterina e finaliza com o processo de nascimento. Assim, representa um importante sinal do início do trabalho de parto e norteia tanto a evolução fisiológica do trabalho de parto como do processo de nascimento.

Outro fator de importante destaque a respeito da dor do parto normal é ser apontada, no Brasil, como uma das causas de “cesárea a pedido”⁴ e, conseqüentemente, do aumento dos índices desse procedimento acima dos 15% de taxa anual aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS),⁵ passando a constituir um problema social e uma preocupação de saúde pública.

Preocupados com essas questões, assim como com o aumento de intervenções no processo natural do parto, a

OMS, o Ministério da Saúde (MS) e diversas organizações não governamentais (ONGs) propuseram a mudança do paradigma de assistência obstétrica de intervencionista para humanista.⁶ O paradigma humanista tem como tripé a efetividade, a segurança e a qualidade e como princípio os direitos de cidadania para a garantia da satisfação da parturiente no parto.⁷ Para tanto, conforme a concepção desse modelo de assistência, qualquer forma de intervenção sobre a fisiologia do parto somente deve ser feita quando se provar mais segura e/ou efetiva que a não intervenção.

Para fortalecer o movimento de humanização da assistência obstétrica, a OMS e o MS preconizaram recomendações com base em evidências científicas, por meio de manuais e documentos, e foi implementado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em 2000, objetivando o resgate da natureza feminina e a cultura do parto natural.⁵ Em atendimento a essa proposta, para o manejo da dor no parto, foi preconizada a utilização de métodos não farmacológicos, sendo o uso de analgesia restrito apenas aos casos de indicação absoluta, quando a contração vivenciada pela mulher determinar distócias e riscos para a evolução do trabalho de parto e para mãe e filho. Entre as condutas claramente úteis a serem encorajadas, estão evidenciadas as técnicas não invasivas para manejo da dor e a liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais.⁵

Para consolidar a congregação do movimento mundial de humanização do parto, foram realizados importantes eventos no Brasil, no México e em Portugal, entre 2005 e 2010. Esses eventos científicos representaram uma oportunidade para discutir e aprofundar propostas, ideias e experiências relevantes e provenientes de diversas regiões do nosso país e da comunidade internacional. Com tema central voltado para a temática da dor no parto foi realizado, em 2001, o simpósio intitulado “A natureza e o gerenciamento da dor no parto” nos Estados Unidos, cujo objetivo foi refletir sobre a importância dos estudos realizados na área, especialmente sobre o controle da dor do parto, com a finalidade de aumentar a satisfação da mulher na vivência do processo de parturição e, conseqüentemente, a prática do parto normal.⁸ Todas essas iniciativas e experiências demonstram que o movimento pela humanização do parto em todo o mundo vem avançando e expandindo-se. Isso se deve, em regra, a ações decisivas de profissionais identificados

com esse ideário, embora rodeada de resistências de grupos enraizados na medicalização.

Na atualidade, com essa perspectiva de amparar a prática assistencial humanizada de manejo da dor durante o processo de parturição, respeitando o processo natural, tem-se tornado cada vez mais relevante e necessária a compreensão mais completa e ampliada de sua natureza para além do aporte teórico da neurofisiologia da ação contrátil do útero. Entretanto, essa compreensão biológica da dor precisa ser ampliada segundo outras abordagens que a interligue às dimensões sociocultural, psicoafetiva e assistencial institucional, com base na compreensão da vivência parturitiva da dor pela mulher.

Diante da relevância dessa questão, foi proposto como objeto de estudo desta pesquisa os sentidos da dor do parto normal para a mulher primigesta, partindo do pressuposto de que a construção dos sentidos da dor para ela é mediada pelo contexto de interação sociocultural e de assistência pré-natal e ao parto, que guardam relação com contextos mais amplos de âmbito social, cultural, político-assistencial e ideológico.

Para nortear o processo de reflexão deste estudo foi levantada a seguinte questão de pesquisa: "Como os sentidos da dor do parto normal são construídos pela primigesta durante o período pré-natal e logo após a vivência parturitiva?" Com base nessa reflexão, propôs-se como objetivo compreender os sentidos da dor do parto normal, construídos por um grupo de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), atendido em uma maternidade pública de Goiânia-GO, partindo de suas perspectivas durante a primeira gestação e de suas vivências de dor no primeiro parto.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida à luz da pesquisa social estratégica em saúde.⁹ Essa modalidade de pesquisa caracteriza-se por seu objeto de estudo ser essencialmente histórico, qualitativo e relacionado a problemas concretos da sociedade. Permite, portanto, que sejam evidenciados tanto interesses como visões de mundo dos sujeitos, construídos e submetidos à dominação vigente. Além disso, a abordagem qualitativa permite ampliar em profundidade a compreensão dos significados atribuídos aos fenômenos sociais.⁹

Com vista ao cumprimento dos aspectos éticos e legais para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa,¹⁰ o projeto foi submetido à apreciação e à aprovação pelo então Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº 104/2006) e obtida concordância de participação voluntária das mulheres, mediante o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O trabalho de campo foi desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira no período pré-natal, em uma

maternidade pública de Goiânia-GO, Brasil e a segunda, no período pós-parto, nos domicílios das participantes. Todas aceitaram voluntariamente serem sujeitos de estudo, considerando alguns critérios de seleção.

Para a participação da pesquisa, no período gestacional, os pré-requisitos foram: ser primigesta com idade a partir de 18 anos; estar cadastrada no programa de pré-natal de baixo risco, com assiduidade às consultas desde o primeiro trimestre de gestação; apresentar exames clínicos e laboratoriais indicando a normalidade da gestação; e estar com 36 semanas de gestação ou mais. Esses critérios objetivaram incluir no estudo as gestantes com perfil obstétrico favorável para o parto normal e facilitar-lhes a participação na segunda etapa da pesquisa. Já a abordagem a partir da 36ª semana de gestação visou favorecer o vínculo entre a pesquisadora e as participantes e o diálogo sobre a temática da dor com mais proximidade do parto.

Foram incluídas na segunda etapa as primigestas que tiveram parto normal na maternidade em estudo sem indução e analgesia; sem intercorrências clínicas e obstétricas no final da gestação ou durante o trabalho de parto e parto; sem ocorrência de morte fetal ou neonatal; e que aceitaram receber a pesquisadora em seu domicílio até o décimo dia de pós-parto. Essa estratégia de visita até o décimo dia de pós-parto visava aproveitar o vínculo estabelecido entre a pesquisadora e a participante durante o primeiro encontro.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de março a outubro de 2007. Na primeira etapa, as participantes responderam a um questionário sobre as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas do período pré-natal e, a seguir, a uma entrevista sobre suas perspectivas de dor do parto normal. Na segunda etapa, foram coletadas informações obstétricas, no prontuário das participantes, relacionadas à evolução do trabalho de parto e parto, e realizada a entrevista com a puérpera, no domicílio, sobre sua vivência de dor do parto normal. As entrevistas foram individuais e gravadas por meio magnético. As questões norteadoras para a constituição dos dados empíricos da investigação emergiram do referencial teórico e foram validadas por professores da enfermagem e de áreas afins, quanto à sua pertinência e consistência. Elas visavam ao avanço da compreensão dos sentidos da dor do parto normal, na perspectiva e na vivência das participantes, ao propiciar-lhes a expressão livre de suas percepções, sentimentos, expectativas e significados sobre esse fenômeno.

Na primeira etapa da pesquisa, houve a participação voluntária de 48 primigestas que atenderam aos critérios de inclusão. Desse total, dez primigestas que tiveram parto normal na maternidade-estudo e atenderam aos demais critérios propostos para a pesquisa foram incluídas na segunda etapa, sendo selecionadas para a análise de dados das duas etapas. Embora a saturação dos dados tenha sido identificada na entrevista da sétima participante, a coleta de dados foi estendida até a décima participante, a fim de garantir a qualidade do material para análise. As outras 38 participantes não

foram incluídas na análise dos dados das duas etapas da pesquisa, uma vez que 25 delas tiveram parto cesáreo, 9 tiveram parto induzido com ocitocina e 4, parto normal em outra instituição e/ou cidade.

Os dados foram analisados pelo Método de Interpretação de Sentidos,¹¹ que consiste em um caminho de análise de significados de palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas e outros corpos analíticos sob a perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais.¹¹

A análise interpretativa dos dados foi iniciada pela leitura compreensiva do material selecionado, seguida da exploração desse material e, ao final, da elaboração da síntese interpretativa.¹¹ Desse movimento emergiram duas categorias temáticas mais abrangentes: *Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal* e *Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada*. Para garantir o anonimato e a confidencialidade das participantes, fez-se a identificação por um código, constituído pela letra E, seguida por um número entre 1 e 10.

Na etapa de elaboração de síntese interpretativa,¹¹ procurou-se trabalhar com os sentidos mais amplos que articulavam as explicações das participantes da pesquisa e traduziam a lógica do conjunto do material. Com base nessa síntese, na redação do texto de análise dos dados buscou-se fazer uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos, segundo as temáticas que emergiram das falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dez primigestas participantes, na ocasião da primeira etapa da pesquisa, apresentaram-se na faixa etária entre 18 e 31 anos, idade média de 23,9 anos, pertencendo ao grupo considerado de menor risco obstétrico para se instalar a primeira gestação.¹² Embora a escolaridade média das participantes fosse de 10,6 anos, com ensino médio completo entre a maioria (6), somente três estavam trabalhando e contribuía no orçamento familiar. A renda familiar média das participantes era de dois salários mínimos. Todas apresentaram gestação normal, variando entre 36 e 38 semanas, com frequência entre 6 e 8 consultas de pré-natal, número previsto como o mínimo satisfatório preconizado pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento da gestante.¹³ Três primigestas referiram ter participado de grupo de gestantes na Unidade Básica de Saúde da Família do setor de suas residências, com vista ao preparo educativo para a gravidez, parto e puerpério. Oito relataram que viviam com o companheiro e desejavam a gestação. As demais eram solteiras e assumiram a gravidez não planejada e a maternidade com o apoio da família. A maioria era adepta da religião evangélica (6) e residia na cidade de Goiânia (7).

As dez participantes, ao serem admitidas na maternidade-estudo, apresentaram indicadores obstétricos em padrão

favorável ao parto normal e de baixo risco e os partos foram assistidos por médicos obstetras. Todos os partos foram normais sem distócias, entretanto nove tiveram parto *dirigido*, ou seja, com intervenção ativa do obstetra por meio da episiotomia, com o objetivo de encurtar o período expulsivo, e uma participante teve parto *espontâneo*, ou seja, que se iniciou com um trabalho de parto espontâneo, evoluiu e terminou sem interferência assistencial ativa do obstetra.¹² No momento do parto, as primigestas apresentaram idade gestacional variando entre 37 e 39 semanas, encontrando-se todas no período de termo.¹² Todos os recém-nascidos também foram classificados como a termo, apresentando peso médio de 3,045 kg e índice de APGAR médio no primeiro minuto de 8,9 e no segundo minuto de 9,8. Do ponto de vista de apoio psicoafetivo, para a maioria das participantes, não foi garantida a possibilidade de compartilhar a vivência do parto e/ou de ter o apoio de um acompanhante durante o processo de parturição, embora esse direito seja preconizado na Lei nº 10.108.¹⁴

Partindo das temáticas centrais deste estudo apresentadas a seguir, estabeleceu-se um diálogo com o referencial teórico em busca da compreensão fundamentada dos sentidos da dor do parto normal, no período pré-natal e a partir da vivência parturitiva, para o grupo de usuárias do SUS participante da pesquisa.

Construindo sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal

O caminho trilhado pelas participantes da pesquisa para construção dos sentidos da dor do parto normal, no período pré-natal, teve como base fundamental a rede de informação sobre a dor de seu meio sociocultural e de assistência obstétrica do pré-natal.

A maioria das participantes afirmou ter adquirido informações sobre a dor do parto normal no período pré-natal e não se lembrava de haver buscado essas informações previamente à gravidez, mas uma parcela referiu lembranças de histórias familiares e do meio social:

Se eu não tivesse fazendo pré-natal, eu não ia saber de nada. Sou marinho de primeira viagem [suspirou]. Eu nunca pensei sobre isso. [...] Ele [médico] acabou de falar pra mim que a barriga endurece e a gente vai sentido uma dor no pé da barriga. (E1)

Na época da minha mãe e da minha avó era só normal. [...] Lá na fazenda, a grávida sentia a dor, ia lá pro quarto e tinha seu filho. Era a coisa mais normal do mundo! (E9)

No fragmento da fala da entrevistada 1, pode-se identificar a expressão da importância da informação acerca da dor do parto normal para primigesta no pré-natal. Ao enfatizar, como receptora, a dimensão biológica da dor informada pelo médico, também manifesta o significado para ela da assistência institucionalizada. Por sua vez, a entrevistada 9 expressa a lembrança de gerações anteriores em relação à naturalidade da vivência da dor

e do parto normal, a vinculação da informação sobre a dor no seu contexto familiar e a posição assumida pela mulher como agente do parto naquele tempo.

De certa forma, essas falas também apontam aspectos do processo social de institucionalização da assistência ao parto, por meio do qual houve a transferência de cenário do nascimento, de domiciliar para hospitalar. Essa transição social é apresentada de forma mais específica pela entrevistada 9:

Minha mãe teve todos nós de normal, em casa e com parteira. Ela falou que era tão tranquilo que a mulher engravidava e tinha seu filho lá naquele local. Não tinha acompanhamento e era normal, sem nenhuma complicação. Hoje em dia é diferente, tem que ter acompanhamento médico durante toda gravidez. Mesmo assim, as mulheres têm medo do parto normal.

Essa fala sugere dois pontos de reflexão: primeiro, sobre a vida reprodutiva que deixou de pertencer à esfera privativa familiar e de conhecimento das mulheres com a institucionalização da assistência ao parto;⁷ segundo, sobre o papel instituído socialmente para a mulher como objeto no processo gestacional, parturitivo e de nascimento mediante a apropriação do saber e da prática obstétrica pela medicina.⁶ Chama a atenção, também, sobre a medicalização do parto e nascimento e, por sua vez, de sua influência sobre a visão da sociedade moderna em relação ao parto normal e a dor, deixando estes de ter um sentido natural para ter um sentido de sofrimento para a mulher.⁷

Os sentidos atribuídos ao parto normal e ao processo doloroso como fenômeno refletem os valores socioculturais de cada sociedade.¹ Neste estudo, as percepções da dor do parto normal reproduzidas no contexto sociocultural e de assistência pré-natal das participantes apontam sentidos ambíguos da dor. Ela é retratada ora com o sentido de fenômeno natural inerente ao parto, ora com o sentido de fenômeno de sofrimento para a mulher:

Tem história igual à da minha cunhada, que foi super feliz no parto normal. Foi abençoada! Chegou parindo, não sentiu dor de contração, teve dilatação normal e no outro dia foi embora. Agora, já pra outras, foi super traumático. Teve que ficar no hospital de um dia pro outro tomando soro, esperando dilatação, tendo dor direto. (E5)

Observa-se que ao atribuir à dor o sentido de fenômeno natural inerente ao parto, ela estava relacionada à vivência de dor com caráter fisiológico; para a dor com sentido de fenômeno de sofrimento, ela estava relacionada à vivência de dor intolerável associada à intercorrência no processo parturitivo e/ou na assistência obstétrica.

No meio sociocultural e de assistência obstétrica do pré-natal foi possível identificar alguns elementos estruturantes desses sentidos ambíguos atribuídos à

dor. Os elementos do sentido de dor como fenômeno natural apontados foram retratados por natural, intensa, progressiva, temporária, passageira, variável, desconfortável, tolerável, intermitente, recorrente, semelhante à cólica e passível de esquecimento:

Falam que o normal é melhor e natural. (E1)

Falam que a dor do parto é esquecida e que varia de mulher pra mulher. (E2)

As enfermeiras falaram que é uma dor passageira, que dói só lá na hora [do parto]. (E6)

Falam que a dor vem das contrações, tipo uma cólica que vai e volta até a hora de nascer. (E7)

Falam que é aquela dorzinha desconfortável! Pouquinho no começo e intensa na hora de nascer (E9).

Enquanto os elementos do sentido de dor como fenômeno de sofrimento evidenciados nas falas foram retratados por tenebrosa, terrível, insuportável e da morte:

Mulheres que tiveram filhos de parto normal, a grande maioria, falaram que é uma dor terrível [...] insuportável e de gritar. (E2)

Falaram pra mim que é a dor da morte, porque, quando está gestante, a gente está com um pé na cova e outro na terra firme. (E4)

Alguns autores destacam que os processos de significação e geração de sentidos relacionados ao parto, à dor e ao nascimento transformaram-se ao longo da história, estando perpassadas pelas peculiaridades de cada contexto sociocultural. Estes, em muitas culturas e grupos sociais, têm sido associados à ansiedade, ao medo, à provação, ao terror, ao sofrimento e à morte.¹⁵ Isso chama a atenção sobre a influência desses componentes culturais no fortalecimento do sentido de dor do parto normal como fenômeno de sofrimento para as novas gerações:

Senti medo, porque falam que dói muito. Medo de doer e de dar algum problema na hora do parto. (E1)

As que já tiveram filhos pelo SUS dizem que os médicos não dão importância pra dor da mulher. [...] Isso me deixa com medo. (E4)

Fico insegura e com dúvida, porque falam muita coisa ruim que deixa a gente com medo do parto normal. (E5)

Esses resultados corroboram também a afirmativa de alguns autores¹⁶ de que a falta de preparo das gestantes para o processo parturitivo e de diálogo entre os profissionais de saúde e as gestantes constitui o principal fator gerador de lacunas no processo de informação, gerando dúvidas, ansiedade, insegurança, medo e insatisfação entre elas. Outros autores¹⁷ apontam a reflexão sobre o paradoxo da presença de assistência pré-natal e a falta de conhecimento da mulher sobre a gestação, parto e puerpério. Chama, também, a atenção dos profissionais de saúde sobre a forma como as ações

educativas têm sido realizadas, principalmente, durante a consulta pré-natal.

Elementos estruturantes dos sentidos ambíguos atribuídos à dor do parto normal confirmam algumas características da dor e da sua subjetividade e dimensionalidade. A subjetividade evidencia-se pela variação da interpretação físico-química do estímulo doloroso e de sua interação com as características individuais, como o humor e o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo, por influência de fatores culturais, sociais e ambientais.¹⁸ Além disso, a dor pode variar para a mesma pessoa de acordo com sua localização, qualidade, intensidade, frequência, natureza e duração.¹⁸ Já a dimensionalidade do mecanismo de percepção da dor envolve, na dimensão fisiológica, a esfera somática da percepção dolorosa; na dimensão psicológica, a esfera afetivo-emocional e cognitiva e na dimensão sociocultural, a esfera cultural (crenças, costumes, valores e padrões familiares e comunitários) e assistencial (sistema de saúde e de assistência obstétrica).³

A subjetividade de percepção da dor também foi destacada pelas entrevistadas, conforme retratado pelo grupo social, como uma vivência que difere de uma mulher para outra em relação ao nível de tolerância e capacidade de enfrentamento da dor:

Já ouvi falar que algumas mulheres não sentem dor, que é uma coisa simples e rápida, enquanto para outras dói bastante e sofre horas para ter o filho. (E7)

Minha sogra fala que se a mulher for mole sofre mesmo, mas se for firme é natural. [...] Porque têm umas que são mais fortes e outras que são mais fracas pra dor. Que a dor varia de mulher para mulher. (E8)

Pode-se identificar nas falas acima como se evidenciam a subjetividade e a dimensionalidade da dor para essas primigestas. A dimensão biológica se apresenta por meio da variabilidade de tolerância individual à dor e a dimensão psicológica, por meio da capacidade de enfrentamento da dor, as quais estão associadas, sendo a variabilidade de tolerância à dor considerada uma resposta biológica importante para o enfrentamento psicoemocional. Observa-se que, no meio sociocultural, a mulher com baixa tolerância e dificuldade para o enfrentamento da dor é retratada como “fraca” e “mole”, estando vulnerável à condição de sofrimento. Já a mulher com maior tolerância e facilidade de enfrentamento da dor é retratada como “forte” e “firme”, estando, portanto, na condição de obter satisfação nesse processo. Essas retratações mostram como os sentidos atribuídos à dor pelo meio sociocultural influenciam na construção das percepções das participantes sobre a dor do parto normal.

À medida que era processada a construção da percepção das entrevistadas sobre a dor do parto normal no período pré-natal, a mediação sociocultural da construção dos seus sentidos tornava-se mais evidente:

Eu quero ter a minha dor pra saber como ela é, porque cada mulher fala de um jeito sobre a dor. (E2)

Depois da dor, acho que a mulher vai se sentir mais forte, mais importante, vitoriosa. (E9)

Acredito que Deus deixou a dor pra mulher sentir, porque ela pode aguentar. É uma dor natural, que não vai fazer a gente morrer, porque representa saúde pra mulher e pro bebê. (E10)

Essas falas confirmam, portanto, que na trajetória de construção dos sentidos da dor são evidenciados significados, sentimentos, crenças, desejos e expectativas individuais.¹⁸

Embora estivessem diante de sentidos ambíguos da dor do parto normal atribuídos pelo meio sociocultural e de assistência pré-natal, as primigestas construíram sentidos da dor fortemente ligados a um fenômeno natural inerente ao parto. Esse resultado corrobora outro estudo sobre expectativas de gestantes usuárias do SUS sobre o parto, em que a maioria apresentou percepção sobre a dor do parto normal como algo inerente ao processo de parturição.¹⁹ Este é o sentido da dor apontado sob a expectativa de primigestas deste estudo, em construir sua história de vida como mulher e levar sua experiência para a geração futura:

Espero que seja normal e um momento de bastante alegria para que eu possa dizer pra todos depois. (E1)

Quero passar por essa experiência do parto normal e da dor, por considerar uma experiência de vida importante e pra falar depois pra minha filha que ela nasceu de normal. (E2)

Observa-se que embora a dor e o parto normal fossem abstratos para elas no período pré-natal, houve manifestação de curiosidade e de desejo em vivenciá-los de maneira satisfatória e saudável, com a expectativa de compartilhar futuramente suas experiências, reforçando o valor social do parto normal para a mulher.

Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada

O caminho trilhado pelas participantes da pesquisa para a construção dos sentidos da dor do parto normal, a partir de suas vivências parturitivas como primíparas e agentes do parto, teve como bases fundamentais a subjetividade e a dimensionalidade da dor como fenômeno e as relações com o contexto de assistência obstétrica hospitalar.

A maioria das participantes revelou que foi certificado e consolidado, por meio da vivência parturitiva, o sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto normal, sendo desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento atribuído no período pré-natal:

Vivenciei a dor e posso falar que não foi exagerada igual todo mundo falava pra mim. Deu pra suportar. Foi tranquila e saudável pra mim como mulher. (E2)

A dor do parto, pra mim, não foi uma coisa de falar que pode até morrer. Não foi o ‘bicho-de-sete-cabeças’ que

as pessoas disseram. Foi uma dor normal e forte, mas deu pra suportar. Agora ela não é mais pra mim uma dor tão infinita! (E4)

Ao sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto normal foi agregado o elemento de domínio feminino, legitimado com a vivência parturitiva fisiológica da dor e como agentes do parto:

Olha, é uma dor que só mulher e mãe pra suportar. É uma dor tão forte, que ao mesmo tempo em que você pensa que não vai aguentar, você tem força, porque sabe que depende de você pra acabar. [...] Por isso, continuo pensando que a dor representa a força que a mulher tem. (E9).

Diante de características subjetivas da dor vivenciada durante o processo de parturição, foram agregados vários outros elementos a esse sentido da dor do parto como fenômeno natural inerente ao parto normal e de domínio feminino, como: 1) evento de proveniência divina, por sua perfeição e naturalidade; 2) evento passível de ser esquecido, por estar envolvido no processo de nascimento e cessar após o parto; 3) força e triunfo da mulher, por sua funcionalidade no processo parturitivo; 4) evento fortificante, por despertar o sentimento de vitória e empoderamento na mulher; 5) doação, quando vivenciado como um ato de amor; 6) saúde da mulher, por ser um processo natural; 7) desafio, por exigir tolerância física e emocional para seu enfrentamento satisfatório e por preparar a mulher para novos desafios; 8) rito de naturalização do papel materno, por permear processo de parto e nascimento.

Em outro estudo de abordagem fenomenológica²⁰ foi identificado que a dor pode ser vivenciada de maneira integradora, estando os sentidos da dor do parto normal relacionados, também, à “função subjetiva e natural”, ao “sofrimento e prazer”, à “natureza profana e sagrada”, à “mecânica do corpo e dinâmica do parto”, à “veiculação com o outro e à valorização da vida”, à “remissão dos pecados e à emancipação do ser”.

Identificou-se, neste estudo, que o sentido da dor como evento de proveniência divina teve como destaque o perfeito papel funcional da dor:

É coisa da natureza, que vem de Deus, por isso que é muito importante pra mulher. A dor tem o momento exato de começar e terminar. [...] Depois, é só alegria [risos]. (E2)

Já o sentido de dor como evento passível de ser esquecido foi certificado com a vivência da contração uterina como indicador da evolução fisiológica do processo de parturição:

Nem me lembro da dor da hora de colocar o menino pra fora. Senti contração só no último minuto e nem lembro mais da dor (E1); Eu senti dor na hora que eu fui pra sala de parto. Depois que nasceu chega respirei aliviada! Foi a mesma coisa que tirar a dor com a mão. Já até esqueci como é. (E7)

Observa-se, nesses relatos, que a funcionalidade da dor do parto normal pode constituir um fator favorável para a construção de um significado ligado ao prazer concreto da maternidade, principalmente pela sua subjetividade e caráter fisiológico pontual.³

A incorporação dos sentidos de dor como força e triunfo da mulher, evento fortificante, doação, saúde da mulher, desafio e rito de naturalização do papel materno, durante a vivência parturitiva, foram relacionados com o empoderamento da mulher e sua repercussão histórica para as próximas gerações:

Agora, um dia, posso contar minha história pra minha filha. Posso contar dessa vitória, dessa coisa de mulher e de mãe. Que ela nasceu de parto normal e que venci a dor. (E2)

A dor do parto é um desafio. Tem que ter esse objetivo de amor desde a gravidez, pra viver e suportar a dor (E8); Significou muito pra mim, enquanto mulher e mãe. [...]. Hoje, vejo que posso suportar tudo e me sinto poderosa. (E9)

A expressão de satisfação diante da capacidade de suportar a dor pode significar uma forma de resistência heroica à dor e pela coragem individual, permitindo mudar de uma atitude passiva para uma atitude vitoriosa.²¹ Em estudo realizado sobre experiências de parto de primigestas, foi identificado, também, que a dor do parto pode ser reconhecida como positiva e satisfatória, quando se apresenta relacionada ao fortalecimento e ao aumento da capacidade da parturiente para seu enfrentamento durante o processo parturitivo.²²

Entre uma das participantes do estudo foi consolidada a construção do sentido da dor como fenômeno de sofrimento associado a lacunas da assistência obstétrica e à insatisfação em relação ao processo parturitivo. A esse sentido de sofrimento foram agregados elementos da dimensão psicoafetiva (desmotivante), sociocultural e assistencial (desnecessária) e biológica (desconfortável) de sua vivência de dor:

Não quero viver essa experiência da dor novamente. A dor é desconfortável e desnecessária. Antes eu achava que era necessário ter o bebê de parto normal pra mulher ser mãe, como minha mãe disse antes. Mudei totalmente de ideia, porque só de ter contato com a criança já te toca. (E5)

Nesse caso, não foi certificado o sentido da dor ligado à naturalização do papel materno identificado por essa participante com base na informação materna no período pré-natal. Somente o vínculo concreto entre mãe e filho após o parto foi satisfatório para ela, enquanto, em relação à assistência obstétrica, houve insatisfação, embora reconhecesse o parto normal como um processo natural:

Minha experiência de dor foi muito ruim, também pela falta de atenção adequada. Se nas maternidades tivessem um profissional por conta, uma enfermeira

acompanhando, um médico com mais frequência, que não te deixasse tão abandonada, já acalmava um pouco e não deixava a gente tão aflita na hora da dor, porque falaram que marido, mãe e pai não podiam contribuir. (E5)

Esse relato remete à reflexão sobre o paradoxo entre a institucionalização da assistência ao parto e a insatisfação da mulher quanto à sua vivência do processo parturitivo. A insatisfação foi manifestada diante da falta de acompanhamento obstétrico e de manejo da dor e da desconsideração do seu direito de ter um acompanhante do meio familiar durante o processo de parturição. Isso foi determinante para sua mudança de opinião em relação à dor do parto:

Acho que se eu não tivesse sentido dor tanto tempo e tivesse recebido uma atenção maior, talvez minha opinião não fosse tão radical sobre a dor e o parto normal. (E5)

Isso aponta a importância da atitude educada, cuidadosa e afetuosa por parte do profissional de saúde e da promoção de informação durante a assistência obstétrica individualizada para favorecer a satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo.

Em relação às lacunas da assistência obstétrica, a entrevistada 5 destaca a influência delas em sua decisão de não ter outro parto normal no futuro:

Eu não quero viver isso de novo, porque a dor é horrível. Se eu fosse ter um parto de novo, preferiria cesáreo. A dor em si deixa a gente totalmente desmotivada a ter novamente esse processo natural.

A verbalização de tendência futura de optar por não ter parto normal, geralmente, denota a vivência de níveis mais elevados de dor reconhecida como negativa e uma experiência parturitiva insatisfatória.²² Em vista de sua insatisfação, também é revelada a dificuldade para esquecer a vivência do processo doloroso, embora tenha a informação de que a dor pode ser esquecida após o parto:

Falam que daqui uns dias eu vou esquecer a dor e vou querer normal de novo, mas eu acho meio difícil esquecer. (E5)

Para outra entrevistada, o sentido da dor vivenciada durante o processo de parturição foi ambíguo. Os pilares determinantes para essa certificação foram a falta de assistência obstétrica e, ao mesmo tempo, a conquista de ter vencido a dor sem amparo assistencial:

Eu fiquei com uma experiência de duas formas: boa e ruim. Boa, porque eu consegui vencer a dor e passar por aquilo tudo sem assistência; e ruim, pelo medo que eu passei de ficar lá naquele lugar sozinha, desesperada e sem saber pra quem recorrer e com medo de perder minha neném. (E9)

Diante da vitória de enfrentamento da dor, o sentido construído foi de fenômeno natural inerente ao parto que desperta cuidado e, diante da vivência de medo e solidão sem acompanhamento assistencial no processo parturitivo, foi de dor como fenômeno de sofrimento.

Conforme os relatos da entrevistada 9, a hesitação do profissional médico quanto ao diagnóstico diferencial entre falso e verdadeiro trabalho de parto na admissão hospitalar foi determinante para sua vivência solitária do processo de evolução do trabalho de parto, associada aos sentimentos de dúvida, insegurança e medo em relação à ocorrência do período expulsivo sem acompanhamento obstétrico. Em contrapartida, ela vivenciou a força da natureza da mulher, ao ser agente do parto, embora com sofrimento por falta de assistência obstétrica naquele momento:

Quem me examinou disse que não era hora ainda. [...] Voltei pra casa, mas quatro horas da manhã a dor piorou. Foi pra valer mesmo! Aí, quando cheguei na maternidade falaram de novo que eu ainda não estava em trabalho de parto. Eu estava sentindo que já era a hora, que eu ia ter minha filha ali de um jeito ou de outro. Mesmo assim, me passaram um medicamento pra parar a dor. Enquanto eu esperava, a dor aumentou a ponto de eu sentir que a neném já estava saindo. Aí, que eles viram que não tinha mais jeito e me levaram pro Centro cirúrgico, com aquela dor absurda. (E9)

Determinados fatores do contexto institucional relacionados com a organização assistencial podem gerar insatisfação, medo, insegurança e ansiedade na parturiente e tornar o parto normal um evento de sofrimento e de risco. Dentre esses fatores, destaca-se a atenção inadequada de profissionais de saúde configurada pelo abandono na própria maternidade.^{19,21}

Entre a maioria das entrevistadas que certificaram com suas vivências a construção do sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto, foi unânime a recomendação de realização do parto normal para outras mulheres primigestas:

Recomendo às mulheres, às futuras mães que tenham um parto normal. Não existe isso de dizer que parto normal é anormal. Você vivencia aquela dorzinha, mas é coisa suportável e a recuperação depois é boa. (E2)

Eu falaria pra ela fazer parto normal, porque a mulher já é preparada pra essa dor e é melhor pra criança. E que, a partir do momento que ela ficar grávida tem que preparar pra enfrentar a dor. (E10)

Para elas, compartilhar a satisfação e a vitória conquistada com a vivência da dor e do parto natural beneficiaria outras primigestas, por suscitar expectativas otimistas e segurança, afastando sentimentos como medo e sofrimento que possam influenciar no enfrentamento da dor e no sucesso do parto.

De modo geral, conforme apontam os resultados da experiência parturitiva de dor das entrevistadas deste

estudo, a dor caracterizou-se como uma experiência subjetiva e multidimensional.³ Dessa forma, os sentidos da dor construídos com a vivência parturitiva envolveram a interligação entre as dimensões biológica, psicológica e sociocultural com componentes distintos do mecanismo de percepção da dor. Foram evidenciados elementos subjetivos da vivência parturitiva e da dor de cada uma, caracterizando os pontos de interseção entre essas três dimensões e a configuração de ampliação da construção dos sentidos da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período pré-natal, a construção dos sentidos da dor do parto normal foi mediada pela rede de informações presente no contexto sociocultural e de assistência obstétrica das participantes. Durante o processo parturitivo, essa construção foi mediada pela vivência da dor, que manteve estreita relação com a subjetividade e a dimensionalidade da dor como fenômeno e com o contexto de assistência obstétrica hospitalar. Os sentidos da dor construídos pelas participantes também mostraram uma ligação com os contextos mais amplos do sistema sociocultural, político-assistencial e ideológico relacionados com a dor do parto normal.

As informações obtidas pelas primigestas no período pré-natal não alcançaram caráter educativo que favorecesse a construção dos sentidos da dor, de forma mais ampla e satisfatória, para a promoção de segurança psicoemocional em relação à futura vivência parturitiva. Em consequência, foram construídos sentidos ambíguos da dor, ora como um fenômeno natural inerente ao parto, ora como fenômeno de sofrimento para a mulher, os quais contribuíram na geração de sentimentos também ambíguos, como inquietação e otimismo, que perduraram até o momento do parto.

Isso indica a necessidade de maior investimento por parte da instituição provedora de assistência pré-natal, no que tange ao processo educativo da assistência obstétrica. As informações pré-natais poderiam ter constituído instrumento educativo dos profissionais de saúde para a promoção de segurança e cultivo de sentimentos otimistas em relação ao parto e à dor pelas primigestas. Mesmo diante dessa lacuna da assistência, elas apresentaram expectativas fortemente ligadas ao sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto, colocando-se disponíveis para vivenciar a dor e um parto natural, saudável e com satisfação.

Com a vivência parturitiva, as participantes apresentaram sentidos da dor com uma concepção mais ampla desse sentimento, uma vez que se transpôs do abstrato para o concreto. Isso quer dizer que os sentidos construídos no período pré-natal deixaram seu caráter informativo e passaram a ter caráter vivencial com a experiência parturitiva de dor. Durante essa transição de sentidos, foram expressas a subjetividade e a feminilidade das participantes como eixo norteador. A partir daí, os sentidos da dor apresentaram-se mesclados de

subjetividade e da interação de vários elementos das dimensões biológica, sociocultural e psicológica relacionadas com a dor específica de cada participante, e sob forte influência dos aspectos assistenciais da instituição provedora dos cuidados obstétricos. Esse processo foi desencadeado com a evolução do trabalho de parto, quando as participantes, na condição de agentes do parto, seja ativo, seja passivo, passaram a perceber e sentir a dor e, conseqüentemente, a construir os seus sentidos vivenciais.

Com base na vivência parturitiva da dor, foram agregados vários outros elementos aos sentidos de dor construídos no período pré-natal. Para a maioria das participantes, a dor passou a ter um sentido de fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino, sendo desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento. Para uma das participantes, no entanto, foi certificado o sentido da dor como fenômeno de sofrimento pela forte influência de lacunas da assistência obstétrica durante o processo parturitivo e de dor. Para outra participante, manteve-se ambíguo o sentido da dor diante o enfrentamento vitorioso da dor como agente do parto envolvido de medo e solidão pela falta de assistência obstétrica.

O sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino foi construído quando houve a legitimação de cada parturiente como "agente" no parto. Nesses casos, a experiência de dor favoreceu o evidenciamento de características femininas que, para elas, se encontravam adormecidas. Foi identificado que a dor do parto faz parte da natureza da mulher, sendo um elemento importante para a dinâmica parturitiva e para a revelação da força da mulher e de seu empoderamento.

Mediante a compreensão dos sentidos da dor do parto normal na perspectiva e na vivência das participantes, foi identificada, também, a postura que elas vão assumir diante uma nova gestação e como esses sentidos serão compartilhados futuramente no meio sociocultural e de assistência obstétrica. Elas serão instrumento de um novo ciclo de transmissão de informações sobre a dor do parto normal. Isso também aponta a responsabilidade da assistência obstétrica no processo de construção social dos sentidos da dor do parto normal.

Com essa perspectiva, os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento obstétrico necessitam atentar para a relevância de manter uma escuta aproximada da gestante durante o período pré-natal e ter um olhar diferenciado para as especificidades da mulher durante o processo parturitivo e de dor. Essa atitude pode evitar que sejam suscitadas novas expectativas e novos sentimentos de inquietação em relação à dor do parto normal entre as mulheres que já vivenciaram satisfatoriamente o parto normal e a dor. Esses resultados podem constituir um instrumento para a assistência obstétrica no pré-natal e no parto, por favorecer um olhar voltado para a integralidade da mulher como ator social e agente do parto.

REFERÊNCIAS

1. Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Editora Maio; 2002.
2. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(1):107-4.
3. Lowe KN. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186:516-24.
4. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, *et al.* Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latinoam Enferm.* 2002 set-out; 10(5):667-74.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático.* Genebra – Suíça. Brasília (DF): MS; 1996.
6. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado. *Cad Saúde Pública.* 2008 ago; 24(8):1859-68.
7. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo (SP): [S.n]; 2002.
8. Caton D, Corry M, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5):S1-15.
9. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 67-80.
12. Rezende RJ, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.* 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
14. Brasil. Lei n. 10.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União;* 2005.
15. Moraes FRR, Alves AM, Traverso-Yépez MA. Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* 2008 fev; 2(2).
16. Centa ML, Moreira EC. Vou ser mãe e agora? *Família Saúde Desenvolvimento.* 2002 jul-dez; 4(2):134-42.
17. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):477-86.
18. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, *et al.* A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2007; 41(1):36-43.
19. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestante, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* 2002 set-out; 18(5):1303-10.
20. Souza LM. *A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos [dissertação].* Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2007.
21. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006 jul; 22(7):1483-91.
22. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica.* 2002; 2(20):203-17.

AUTONOMIA PROFISSIONAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS

PROFESSIONAL AUTONOMY AND NURSING CARE SYSTEMATIZATION: THE NURSES' PERCEPTION

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS

Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos¹
Juliana Helena Montezeli²
Aida Maris Peres³

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi verificar a percepção dos enfermeiros sobre a autonomia profissional e a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma instituição hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativo-descritiva, cujos dados foram coletados por grupo focal, no segundo semestre de 2007, em um hospital privado de médio porte de Curitiba-PR, com 15 enfermeiros de unidades de internação e tratados pela análise temática. Emergiram três categorias: *SAE como instrumento para conquistar autonomia*; *Questionamentos sobre SAE como instrumento para a autonomia*; e *Conhecimento e tomada de decisão para a autonomia*. Os participantes consideraram o conhecimento propiciado pela SAE como impulso para concretizar a autonomia profissional. O estudo favorece reflexões para a atuação do enfermeiro de maneira mais empoderada e com maior visibilidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Prática profissional, Autonomia profissional, Planejamento de assistência ao paciente.

ABSTRACT

This study aims at verifying nurses' perception of professional autonomy and the Systematization of Nursing Assistance (in Portuguese, SAE) in a hospital. It is a qualitative and descriptive research. Data was collected by a focus group in the second half of 2007 at a mid-sized private hospital in Curitiba-PR., and analyzed according to thematic analysis. Fifteen nurses working at inpatient units took part in the study. Three categories emerged: SAE as an instrument to reach autonomy; Queries on SAE as an instrument in order to reach autonomy; and Knowledge and decision making to attain autonomy. The participants considered the knowledge afforded by SAE as a motivation to achieve professional autonomy. The present study encourages reflections on the empowerment and more visibility of nursing actions.

Key words: Nursing; Professional Practice; Professional Autonomy; Patient Care Planning.

RESUMEN

El presente estudio busca analizar la percepción de los enfermeros sobre la autonomía profesional y el uso del programa Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) en un hospital mediano de Curitiba. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva con datos recogidos por el grupo focal durante el segundo semestre de 2007. Quince enfermeros de las unidades de hospitalización participaron en el estudio. Del análisis temático emergieron tres categorías: SAE como instrumento para conquistar autonomía; Cuestionamientos sobre el SAE como instrumento para la autonomía y Conocimiento y para la toma de decisión para la autonomía. Los participantes consideran que el SAE propicia conocimiento que ayuda a concretar la autonomía profesional. El estudio lleva a reflexionar sobre el empoderamiento y mayor visibilidad de las acciones de los enfermeros.

Palabras clave: Enfermería; Práctica profesional; Autonomía profesional; Planificación de la atención del paciente.

¹ Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Integrante do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde da Universidade Federal do Paraná (GPPGPS/UFPR) e do Grupo de Pesquisa Tecnologia Inovação em Saúde (TIS/UFPR). Endereço: Rua Pe Ildelfonso, 41, AP.3a- Batel, Curitiba PR, CEP: 80240-160. E-mail: fersalvasurfe@yahoo.com.br

² Enfermeira emergencista. Mestre em Enfermagem pela UFPR. Integrante do GPPGPS/UFPR. Docente da Faculdade Evangélica do Paraná. Endereço: E-mail: jhmontezeli@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Vice-líder do GPPGPS/UFPR. E-mail: aidamaris.peres@gmail.com.
Endereço para correspondência – Rua Itajubá, 644, AP.302, Bl. 1, Bairro Portão, Curitiba PR, CEP: 81070-190. Telefones: (41) 3082-9669 e (41) 9946-4889.
E-mail: jhmontezeli@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A autonomia do enfermeiro no seu processo de trabalho é componente fundamental para a manutenção das conquistas legais da profissão e implica diretamente a tomada de decisão para a condução do cuidado de enfermagem. No entanto, a atuação autônoma do enfermeiro, muitas vezes, é visualizada de forma equivocada, apesar do seu potencial de conhecimento científico, fato que desvela uma situação desproporcional ao saber crítico, criativo e técnico-científico das inúmeras áreas de atuação do profissional em questão.

Nessa linha de pensamento, sabe-se que a ruptura de tal realidade relaciona-se intimamente à definição dos saberes próprios da profissão, situação que encontra eco nas colocações de que é possível exercer o poder de diversas formas, mas certamente o saber científico é uma das mais poderosas para fazê-lo. Assim, é vital que a enfermagem possua um corpo de conhecimento próprio que delimite seu campo de atuação com vista a subverter a cultura da subalternidade, sendo esse a grande mola propulsora da profissão para a visibilidade social por meio de uma identidade sólida e própria.¹

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) viabiliza a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos de maneira humanizada e também gera a facilitação do registro das informações, bem como da comunicação. Ao dispor desse instrumento, o enfermeiro pode prestar assistência ao paciente de maneira sistematizada e individualizada, o que favorece suas atividades gerenciais, além de contribuir para a qualidade do cuidado de enfermagem.²

Como complemento, tem-se o fato de que o enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação por meio do seu saber, com o intuito de que seu fazer possibilite visibilidade, mostre o seu ser e proporcione modificações significativas no modo de produzir enfermagem, exercendo sua autonomia de maneira efetiva.³

Nesse contexto, a SAE emerge como um importante instrumento que permite a atuação dos profissionais de enfermagem no processo de cuidar em busca da autonomia. Nesse ponto, faz mister definir as terminologias citadas.

O termo "autonomia" pode ser entendido como competência humana em seguir suas próprias leis, ou, ainda, a ser exercida por pessoa capaz de fixar as normas de sua conduta, sendo esta diretamente relacionada à personalidade de cada um e proporcionada pela valorização do seu trabalho.⁴

A SAE, por sua vez, caracteriza-se como um modelo metodológico que permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos gerenciais e de tecnologia na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.⁵

Assim, o conceito de SAE utilizado neste estudo não a reduz equivocadamente ao sinônimo de "processo de enfermagem", já que este a compõe. A SAE é identificada como metodologia a ser utilizada no processo de cuidar,

inclusive como ferramenta do subprocesso gerencial, voltada para o alcance do objeto do processo de cuidar – o cuidado.⁵

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que permite realizar a identificação das situações de saúde e doença, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem, de forma a contribuir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, conforme dispõe o art. 11 da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício Profissional da Enfermagem,⁶ e a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem.⁷ Essa mesma resolução reafirma as bases legais anteriores, clarificando a necessidade de o enfermeiro atuar no seu cotidiano alicerçado pela SAE e pela implementação do processo de enfermagem.⁷

Sabe-se, portanto, que o exercício da autonomia pelo enfermeiro ocorre quando este domina o conhecimento de seu campo, cria conhecimento a partir da prática e utiliza-o de maneira apropriada no cuidado à saúde. Isso vai além do saber-fazer e do fazer do enfermeiro, como noções mecânicas, e o inclui como ator-sujeito, tendo o ser-saber-fazer como embasamento da autonomia profissional.⁸

Destacam-se como autonomizadores do trabalho do enfermeiro, além da assistência organizada e prestada com base nas teorias de enfermagem, a consulta de enfermagem e a estruturação dos serviços de saúde para a efetivação da SAE, a inserção do enfermeiro no processo de trabalho em saúde e na concretização das políticas de saúde.⁹ Corroborando, o enfermeiro autônomo é aquele que, junto com sua equipe, é capaz de interferir no processo de definição das prioridades de assistência.³

Nesse cenário, a SAE pode ser compreendida como uma metodologia de trabalho emancipatória, expressão que significa a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica, política e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir e agir. Ao se tornarem sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e de cidadania, eles têm como condição a possibilidade de experimentar liberdade, autonomia, integridade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida por meio de seu trabalho, de modo que os envolvidos possam encontrar sua autorrealização.¹⁰

Com base nas reflexões expostas e considerando a relevância de um estudo que faça relações entre a SAE e a autonomia profissional do enfermeiro, foi definida a seguinte questão norteadora para a construção do trabalho: Qual a percepção dos enfermeiros de uma instituição hospitalar sobre a relação entre a autonomia profissional e a utilização da SAE?

Na busca de resposta para essa indagação, a pesquisa foi conduzida com o objetivo de verificar a percepção dos enfermeiros sobre autonomia profissional e a utilização da SAE em uma instituição hospitalar.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do estudo, utilizou-se a pesquisa qualitativa descritiva, que é a abordagem apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação. A pesquisa descritiva, por sua vez, visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis por meio de técnicas padronizadas.¹¹

O estudo foi desenvolvido em um hospital privado de médio porte na cidade de Curitiba-PR, durante o segundo semestre de 2007, tendo como sujeitos 15 enfermeiros das unidades de internação. Essa instituição, na época do desenvolvimento da pesquisa, iniciava o processo de implementação da SAE informatizada. A escolha dos enfermeiros das unidades de internação deu-se pelo fato de que aqueles das Unidades de Terapia Intensiva já participavam, na ocasião, de outro trabalho sobre a SAE, o que poderia resultar em viés nesta nova investigação.

Os preceitos éticos da pesquisa foram alicerçados na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.¹² A coleta de dados iniciou-se somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o protocolo nº CEP/SD 396.076.07.07, CAAE 0004.0.089.091-07, e a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

A técnica de coleta de dados escolhida foi o grupo focal. Os grupos focais permitem uma aproximação com o pensar coletivo de determinado tema, que faz parte da vida das pessoas ali reunidas, o que possibilita conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes. Permite ao investigador verificar como as pessoas avaliam uma experiência, uma ideia ou um evento, como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a esse problema. Sob essa ótica, o grupo focal volta-se para a compreensão de dimensões subjetivas do coletivo sobre o tema em estudo.¹³

Os encontros tiveram como temas disparadores a SAE e o processo de trabalho da enfermagem, com a contribuição de um roteiro contendo três questões norteadoras: 1. O que é autonomia profissional? 2. O que é Sistematização da Assistência de Enfermagem? 3. O enfermeiro pode aumentar sua autonomia ao fazer uso da SAE? Como? Os sujeitos da pesquisa foram divididos em quatro grupos focais, compondo cada grupo um encontro com duração de 60 a 90 minutos, no qual foi discutida a mesma temática. Um grupo foi composto por sujeitos que trabalham no turno da manhã; outro, com os da tarde; e dois grupos à noite, conforme escala de plantão. As falas obtidas dos componentes dos grupos foram gravadas com autorização dos sujeitos e posteriormente transcritas para viabilizar a análise das falas.

A técnica utilizada para tratamento dos dados foi a análise temática, que permite classificar o conteúdo de análise em temas, que podem ser interpretados em

torno de dimensões teóricas sugeridas pelo material.¹⁴ Após a transcrição, foi realizada uma pré-análise das falas, verificando a que temas remetiam e, em seguida, o agrupamento delas, estabelecendo categorias que contemplassem as temáticas identificadas. A partir daí foram realizadas discussões pautadas pela revisão teórica para fundamentar as reflexões.

RESULTADOS

A análise temática das informações empíricas deu oportunidade para a classificação das falas dos sujeitos participantes sobre a percepção da SAE como facilitadora para o alcance da autonomia profissional, emergindo as seguintes categorias: *SAE como instrumento para conquistar autonomia*; *Questionamentos sobre a SAE como instrumento para a autonomia*; e *Conhecimento e tomada de decisão para a autonomia*.

SAE como instrumento para conquistar autonomia

Nesta categoria, os sujeitos pesquisados descreveram a SAE como importante instrumento para a viabilização da autonomia do enfermeiro, como demonstrado a seguir:

Eu acho que a SAE é um instrumento para conquistarmos a nossa autonomia; não temos como buscar essa autonomia sem possuímos um instrumento que viabilize, eu não vejo outro caminho [...]. Dessa forma, precisamos possuir um instrumento, e a SAE é esse instrumento, mas precisamos aprender a trabalhar com ela. (E2)

Salientaram, ainda, que a SAE norteia com maior precisão as atividades da equipe de enfermagem e traz benefícios à instituição no processo de auditoria, como ilustra este recorte da fala de um dos sujeitos:

Os pacientes são beneficiados com a utilização da SAE, pois conseguimos estabelecer cuidados para a equipe executar, nortear o nosso trabalho. Além disso, os planos de saúde pagam conforme a prescrição, então, dessa forma, a SAE passa a ser uma necessidade institucional. (E12)

A visibilidade do trabalho do enfermeiro em relação à equipe e à comunidade também foi salientada como facilitada pela SAE, como se verifica nas falas a seguir, relatando que a autonomia profissional está interligada com a atuação dos enfermeiros ao sair da invisibilidade:

As atividades que a enfermagem exerce estão sendo documentadas, promovendo visibilidade à profissão. (E13)

Acho que pode aumentar a sua autonomia, sim, você organiza as suas atividades e dessa forma o restante da equipe passa a visualizar o trabalho da enfermeira como um ser organizado e vê-lo com outros olhos. (E15)

E você também consegue documentar o seu trabalho, palpá-lo, pois hoje ainda chegamos ao final do dia e não conseguimos visualizar o que não fizemos durante o período. (E14)

Embora tenha sido notório o entendimento da SAE como alicerce para a autonomia profissional, houve momentos em que surgiram alguns questionamentos por parte do enfermeiro, descritos na categoria a seguir.

Questionamentos sobre a SAE como instrumento para a autonomia

Esta categoria apresenta um contraponto em relação à anterior, ao apresentar a percepção de alguns dos sujeitos da pesquisa que questionaram a SAE como instrumento para a conquista da autonomia profissional do enfermeiro. As falas abaixo ilustram esse fato:

Eu não vejo a SAE aumentando a autonomia da enfermeira; concordo que com a SAE você conhece mais o paciente, mas eu não vejo relação com a autonomia. (E3)

Eu acho que a SAE ainda não proporciona essa autonomia; eu considero que essa autonomia ainda deve ser conquistada. Por exemplo, na realização dos curativos, em que a enfermeira possui bem mais autonomia, o médico nem toma conhecimento do tratamento, ele confia que aquele grupo de estudo possui conhecimento para desenvolver esse procedimento. Eu acredito que é dessa forma ainda que iremos conquistar nossa autonomia, porque não adianta implementar a SAE, pois nos teremos mais uma tarefa para cumprir, onde você terá cotas para atingir. Então, eu acho que é por aí, eu considero que a SAE não proporciona autonomia, ela é mais um trabalho, ela pode nos auxiliar no atendimento aos pacientes, agilizar o processo, mas autonomia eu acho que não. (E7)

Ao questionarem a SAE para a autonomia do enfermeiro, os sujeitos salientaram conhecimento e tomada de decisão como elementos essenciais a esta, como pode ser averiguado na categoria seguinte.

Conhecimento e tomada de decisão para a autonomia

As falas a seguir representam a maneira como os enfermeiros identificam o conhecimento e a tomada de decisão como possibilitadores da conquista da autonomia profissional:

A autonomia profissional é você ter conhecimento, saber a rotina profissional, as técnicas, para você poder ensinar, cobrar, pois não tem como você cobrar se você não sabe. As rotinas, técnicas, patologias [...] você tem que possuir conhecimento disso, para a tua equipe poder confiar em você. (E8)

O conhecimento é o ponto forte para você liderar a sua equipe. (E9)

Quanto ao processo decisório do enfermeiro, temos a fala subsequente, que relaciona a possibilidade de

escolha autônoma em determinadas situações pautadas pelo conhecimento:

Acho que autonomia profissional é você conseguir conduzir o seu caminho profissional, norteado no conhecimento, tomada de decisões, escolher onde se quer trabalhar, por exemplo, aqui ou em outro lugar. (E10)

Os resultados ora apresentados encontram afinidade com achados da literatura, os quais estão expostos e discutidos a seguir.

DISCUSSÃO

A busca pela autonomia deve ser sustentada pela superação de uma prática empírica por uma prática cientificamente embasada. Sendo a SAE uma atribuição específica do enfermeiro, esta se demonstra como importante fonte de sustentação para uma prática autônoma.¹⁵ Enfermeiros com altos níveis de autonomia têm a responsabilidade e a oportunidade de contribuir e tomar decisões relacionadas às suas práticas, incluindo políticas e questões pessoais que afetam o contexto do cuidado.¹⁶

Assim, com base nas falas dos sujeitos, pode-se observar que a percepção de alguns deles sobre a SAE corrobora a ideia da literatura de que esta serve como um instrumento que viabiliza a conquista da autonomia pelo enfermeiro.

Ao destacarem a SAE como essencial ao planejamento da assistência, eles nos remetem ao fato de esta ser uma atividade privativa do enfermeiro⁷ que norteia as atividades de toda a equipe de enfermagem, já que os técnicos e auxiliares desempenham suas funções com base na prescrição do enfermeiro e, dessa forma, possibilita a organização do trabalho.

Nessa perspectiva, a SAE traduz-se em um instrumento científico que proporciona ao profissional o planejamento e a sistematização de suas ações, bem como da equipe de enfermagem. Dessa maneira, ao ser utilizada como método no processo de trabalho do enfermeiro, proporciona maior visibilidade das ações desse profissional.

A temática da visibilidade do trabalho do enfermeiro, facilitada pelo desenvolvimento da SAE, interessa por se pressupor que a representação do enfermeiro na sociedade ainda é equivocada, apesar da amplitude da área de atuação das práticas de enfermagem. Corroborando, tem-se que o enfermeiro deve buscar por espaço sociopolítico que o possibilite desenvolver seu potencial e, assim, conquistar o prestígio digno à profissão.¹⁷ Para visualizar o enfermeiro como condutor da sua história, capaz de se instrumentalizar, intervir coerentemente nos processos decisórios de sua prática profissional, é preciso conduzir a profissão mediante a diversidade das realidades que compõem a experiência humana.¹⁸

Os relatos referentes aos questionamentos da SAE como instrumento para a autonomia do enfermeiro permitem discutir alguns aspectos relevantes do estudo, como mostra do que acontece no cotidiano do trabalho do enfermeiro vivenciado nessa realidade. Algumas suposições podem ser feitas, como a de que a situação está relacionada à falta de conhecimento e/ou discussões entre a categoria e/ou ao distanciamento entre a prática profissional e o ensino.

Nota-se que existe um paradoxo entre o conhecimento utilizado na práxis, carregado de componentes culturais do próprio enfermeiro, e o conhecimento científico construído na academia. Essa divergência de discursos observada entre as instituições de ensino e a prática profissional nas instituições de saúde, por sua vez, está permeada por questões relacionadas à legislação profissional, cujos órgãos regulamentadores muitas vezes estão mais preocupados com o cumprimento da lei do que com sua aproximação dos saberes e fazeres profissionais.¹⁹

Reportando tal afirmação para a temática em questão, considera-se que essa realidade converge para que haja uma percepção dicotômica entre a SAE e a autonomia do enfermeiro, entre as pesquisas acadêmicas e a prática profissional. As falas dos sujeitos não permitem identificar ações que transformem esse cenário, pois aqueles que negam essa inter-relação vivenciam a necessidade da mudança, mas não se consideram capacitados para desencadeá-la, ou ainda acreditam que outros meios, externos ao papel deles de organizadores da assistência, podem proporcionar a autonomia desejada pela categoria.

Como complemento, temos que a busca de um espaço sociopolítico que possibilite a conquista de prestígio às competências adquiridas numa prática social de envolvimento íntimo com o indivíduo, com a sociedade e com o ambiente faz-se necessária para ampliar o horizonte de reconhecimento da enfermagem como protagonista da práxis em saúde.¹⁷

Existe a percepção de que a cientificidade e a sistematização da assistência prestada sustentam a autonomia profissional. No entanto, a produção científica nessa temática, mesmo estudada progressivamente nos últimos tempos,^{3,5,9} muitas vezes se restringe ao meio acadêmico.

Em síntese, evidencia-se a necessidade de subsidiar os profissionais que desenvolvem assistência com relação às temáticas autonomia profissional e SAE, por meio das transformações vivenciadas no âmbito da pesquisa e do ensino. Uma prática autônoma tem sido associada com maior satisfação do enfermeiro e melhoria dos resultados do paciente, impactando positivamente na qualidade da assistência prestada. Além disso, há evidências de que um ambiente de trabalho positivo, incluindo níveis mais altos de autonomia, não está relacionado com o aumento dos custos de enfermagem.¹⁶

Há de se salientar, que na segunda categoria emergiu o entendimento de que a SAE é mais um trabalho do

enfermeiro, o que evidencia o não entendimento dos sujeitos sobre os componentes de seu processo de trabalho. Como característica marcante do processo de trabalho da enfermagem tem-se o fato de que este deve ser desenvolvido mediante a realização hologramática do assistir, administrar/gerenciar, ensinar, pesquisar e participar politicamente.²⁰ Nesse contexto, a SAE, junto com os procedimentos de enfermagem, corresponde ao método a ser empregado para que a finalidade e o produto do processo assistir possam ser alcançados com qualidade.²⁰

Entende-se, dessa forma, que ao considerarem a SAE como mais um trabalho no seu cotidiano e não como o método fundamental do processo assistir em enfermagem, os sujeitos contradizem a literatura. Evidencia-se, portanto, a prática de um processo de trabalho que desarticula seus diferentes subprocessos, uma vez que a assistência não se pauta por um método, aproximando-se, assim, de uma prática empírica.

A enfermagem, assim como a sociedade em geral, passa por importantes transformações nas mais diferentes vertentes, principalmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais e científicas¹⁹. Nesse aspecto, retomamos as colocações anteriores de que o conhecimento científico respalda a atuação profissional, visto que a enfermagem ainda é uma ciência que necessita identificar e caracterizar seus conhecimentos próprios, vislumbrando a autonomia da profissão.¹

Tem-se, então, que o alcance da autonomia ocorre por meio de várias experiências e situações nas quais é exigida a tomada de decisão. Para tal, a valorização da enfermagem como profissão também depende da postura do profissional diante dos problemas que emergem da sua prática.

As habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base na análise e julgamento sobre as perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. A tomada de decisão ocorre nas diversas dimensões da atuação do enfermeiro, com níveis de complexidade diferentes e exigem que ele percorra as etapas de seu processo de forma sistematizada.²¹

Isso converge para o conceito de autonomia que trata da liberdade para tomar decisões discricionárias e obrigatórias, consistentes no âmbito de aplicação da sua prática e da liberdade de agir sobre essas decisões. Nessa perspectiva, o enfermeiro tem controle sobre o conhecimento necessário para o processo decisório, não precisando recorrer a outros para solicitações ou autorizações.²²

Entretanto, cabe aqui abordar uma questão inerente à história da profissão. Desde o advento da enfermagem, ao enfermeiro sempre coube a administração do processo de trabalho de sua equipe, ficando sob responsabilidade desse profissional a atividade intelectual e a categoria a ele subordinada, a atividade manual. Com relação a essa cisão do trabalho, ela pode acarretar conflitos internos, além de refletir negativamente na assistência

ao paciente, culminando na interferência do alcance da autonomia do enfermeiro, uma vez que o afasta do cuidado direto, minimizando seu potencial de ação nesse processo.³

Assim, a plena conquista da autonomia pelo enfermeiro entrelaça-se ao fato de o cuidado passar a ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista científico como prático.³

Sabe-se, contudo, que a autonomia tem uma dimensão pessoal ou de atitude, bem como uma dimensão estrutural. O grau de autonomia concedido às diferentes categorias profissionais difere entre as instituições de saúde. Cabe ao enfermeiro reconhecer as oportunidades de atuar autonomamente, valorizando os espaços ofertados pela instituição e galgando novos caminhos em busca de autonomia.²²

Para isso, a SAE pode favorecer a prática profissional como estratégia para diminuir a cisão entre o saber e o fazer enfermagem. As informações obtidas por meio dos discursos permitem considerar que a SAE pode conduzir, ainda que de forma lenta, a enfermagem para a reflexão sobre seu cotidiano de forma a oportunizar a partilha de suas expectativas com a equipe de saúde, tendo o enfermeiro como eixo desse processo de busca contínua pela qualidade das práticas assistenciais e pela sua autonomia profissional.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As temáticas Autonomia Profissional do Enfermeiro e Sistematização da Assistência de Enfermagem, assuntos centrais deste estudo, proporcionaram a discussão de alguns outros temas relevantes, como o conhecimento e

a tomada de decisão na atuação do enfermeiro, os quais enriqueceram a análise das falas dos sujeitos.

No seu dia a dia, o enfermeiro convive com mecanismos de poder internos e externos ao seu fazer diário, geralmente com gênese no modelo mecanicista e biomédico, forte influenciador das práticas em saúde e galgado em determinantes e condicionantes históricos da profissão. Sabe-se, porém, que autonomia e cidadania são conquistas fundamentais e, nessa medida, devem caracterizar a prática social da enfermagem com vista à construção de uma sociedade melhor.

Com o desenvolvimento dos grupos focais junto aos sujeitos da pesquisa, verificou-se que existem divergências nos conceitos em relação à SAE como instrumento para a conquista da autonomia. Essas contradições, provavelmente, estão relacionadas ao fato de que a autonomia tende a se configurar com base na identidade profissional e que essa conquista apresenta-se em meio a tensões advindas do meio com os aspectos sociais, políticos, mercadológicos e culturais nos quais os profissionais se inserem.

No entanto, identificou-se que os participantes consideram o conhecimento propiciado pela SAE como impulso para concretizar a autonomia profissional. Para tal, almeja-se a articulação entre pensamento e ação, educação e prática, de forma a aproximar os acadêmicos do seu papel profissional durante a graduação.

Distante de sanar a discussão sobre os temas abordados neste estudo, vislumbramos que ele possa subsidiar outras investigações, bem como fornecer elementos a enfermeiros com o intuito de favorecer reflexões que culminem em uma atuação mais empoderada e de maior visibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Bellato R, Pereira WRR. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 17(1):17-25.
2. Andrade CR, Tadeu LFR, Dutra IR, et al. Revisão e aplicabilidade de um *software* de sistematização da assistência no ensino de enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 2009; 13(2):183-92.
3. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(2):222-7.
4. Bianco MHB. Construção da autonomia da enfermeira no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: Cadernos de Divulgação e Cultura; 2000.
5. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de um instrumento para coleta de dados. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (4):617-28.
6. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1*
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem: Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõem sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem. Brasília; 2009.
8. Kletemberg D, Mantovani MF, Lacerda MR. Entre as teorias e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare Enferm.* 2004; 9(1):94-9.
9. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(Esp):793-8.
10. Nietzsche EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem? [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
11. Gil C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília; 1996.
13. Edmunds H. The focus group research handbook. USA: McGraw-Hill; 1999.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

- 15.** Gomes AM, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro de saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(4):393-8.
- 16.** Weston MJ. Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice *OJIN.* 2010; 15(1). [Citado em 2011 jan. 12]. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/723410>>.
- 17.** Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O Enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1):82-7.
- 18.** Costenaro RGS, organizadora. *Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões.* Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001.
- 19.** Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4):446-51.
- 20.** Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2): 221-4.
- 21.** Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):492-9.
- 22.** Lewis FM. Autonomy in Nursing. *Ishikawa J Nurs.* 2006; 3(2). [Citado em 2011 jan. 12]. Disponível em: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/kenkyu/pdf/0302_01.pdf>.

PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

NURSING STAFF'S PERCEPTION ON THE IMPLEMENTATION OF A NURSING PROCESS AT A UNIVERSITY HOSPITAL UNIT

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Célia Maria de Oliveira¹

Daclé Vilma Carvalho²

Eline Rezende de Moraes Peixoto³

Lidyane do Valle Camelo³

Márcia Eller Miranda Salviano⁴

RESUMO

A "sistematização da assistência de enfermagem" (SAE) é uma ferramenta que fornece subsídios para a organização da assistência e a gerência do cuidado. Um dos grandes pilares da SAE é o "processo de enfermagem" (PE), um método que incorpora características da teoria de enfermagem utilizada pela instituição. O objetivo com este estudo foi identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório realizado na Unidade de Internação de um hospital de Belo Horizonte. Os participantes do estudo descreveram a SAE como um instrumento que proporciona condições para a organização e a cientificidade da assistência, dentre outras. Foram identificados fatores facilitadores relacionados às características da unidade, ao perfil da equipe de enfermagem e ao modelo adotado. Como dificultadores foram apontados a sobrecarga de trabalho, os recursos humanos insuficientes e as características dos pacientes. A maioria avaliou sua participação na implementação da SAE como positiva, apesar das dificuldades relatadas para a concretização desse processo na prática. Quanto aos princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, modelo adotado na unidade, apenas dois deles foram citados. Os participantes destacaram a necessidade de educação permanente para a efetiva implementação da SAE.

Palavras chave: Assistência de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Avaliação; Enfermagem.

ABSTRACT

Systematization of Nursing Assistance (in Portuguese, SAE) is a method that provides support for care organization and management. One of SAE's major principles is the Nursing Process (in Portuguese, PE), a method that incorporates features of the Nursing Theory employed by the institution. This study aimed at identifying the nursing staff's perception about the implementation of the Nursing Process. It is a descriptive and exploratory study performed in an Inpatient Unit of a hospital in Belo Horizonte. Participants in the study described the SAE as an instrument which provides conditions for care organization and scientificity. Facilitating factors were related to the unit's characteristics, the nursing staff's profile, and the adopted model. The hindering ones were work overload, insufficient human resources, and the patients' characteristics. Most nurses evaluated their participation as positive, despite the difficulties to the project's completion in practical terms. Only two principles of the Theory of Basic Human Needs, model adopted by the unit, were cited. The participants highlighted the need for permanent education for an effective implementation of the method.

Key words: Nursing Care; Nursing Team; Evaluation; Nursing.

RESUMEN

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) es una herramienta que proporciona información para la organización de la gestión y de la atención. Uno de los principales pilares del SAE es el proceso de enfermería (PE), método que incorpora características de la teoría de enfermería empleada por la institución. En este estudio se pretende identificar la percepción del personal sobre la implementación del proceso de enfermería. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo realizado en una unidad de internación hospitalaria de Belo Horizonte. Los participantes del estudio describen el SAE como una herramienta que proporciona las condiciones para la organización y cientificidad de la atención, entre otros. Fueron identificados factores facilitadores relacionados con las características de la unidad, perfil del personal de enfermería y modelo adoptado. Como dificultadores se mencionaron la sobrecarga de trabajo, falta de recursos humanos y características de los pacientes. La mayoría evalúa su participación en la implementación del SAE como positiva, a pesar de las dificultades descritas para la concreción de tal proceso en la práctica. Con respecto a los principios de la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, modelo adoptado en la unidad, sólo dos de los principios fueron citados. Los participantes destacaron la necesidad de educación permanente para una implementación eficaz del SAE.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Personal de Enfermería; Evaluación; Enfermería.

¹ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Básica da EE/UFMG.

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da EE/UFMG.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital das Clínicas da UFMG.

Endereço para correspondência – Departamento de Enfermagem Básica. Avenida Professor Alfredo Balena, 190/ sala 209, Santa Efigênia – Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP 30130-100. Tel. 34099176. Email: dacle@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode ser compreendida como um instrumento para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de definir atribuições aos membros da equipe de enfermagem. Portanto, a SAE é uma ferramenta que fornece subsídios para a organização da assistência e a gerência do cuidado.^{1,2}

Um dos grandes pilares da SAE é o processo de enfermagem (PE), e para sua viabilização é imprescindível a definição da base teórico-filosófica e os recursos envolvidos na produção do cuidado. O PE é um método que deve adquirir as características da teoria de enfermagem utilizada pela instituição, além de refletir sua realidade local. O número de etapas em que se organiza o PE e, também, suas denominações modificam-se de acordo com o modelo adotado, variando de quatro a seis fases, e devem seguir os princípios da teoria de enfermagem adotada.^{1,2}

Dessa forma, a organização e o direcionamento do processo de trabalho proporcionado pela implementação da SAE tornam-se fundamentais para uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada, uma vez que permite a realização do PE. No entanto, a SAE nas instituições de saúde é ainda uma prática bastante incipiente. Tal fato pode ter origem no alto grau de dificuldade para implantá-la, uma vez que a estrutura organizacional da instituição de saúde deve estar envolvida nesse processo.³⁻⁵

Na tentativa de reforçar a importância e a necessidade de organização da assistência de enfermagem, em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução nº 272, determinou que, a partir dessa data, a SAE deveria ser implantada em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas.⁶

Diante dos aspectos legais e dos benefícios que a instauração da SAE pode trazer para o processo de trabalho em enfermagem, a coordenação de enfermagem de um hospital universitário de Belo Horizonte lançou o projeto "Implementação de um Sistema de Assistência de Enfermagem. Para a implementação do referido projeto, foram organizadas equipes de trabalho para estabelecimento de metas, capacitação dos enfermeiros, construção ou adequação de instrumentos para registros e incorporação deles no prontuário do paciente, implementação de todas as etapas inerentes à sistematização, além adequação do atual processo de trabalho de enfermagem. Foi ainda escolhida como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, e definida uma unidade de internação do hospital para início da implementação do PE, para que esta se tornasse referência para as demais.⁷

O modelo de PE apresentado por Horta⁸ é constituído de seis fases inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição ou plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem. No referido serviço não foram

incorporadas as fases de plano assistencial e a de prognóstico de enfermagem. Nesse contexto, destacam-se o conceito de enfermagem e os princípios da teoria da NHB:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.^{8,31}

Princípios da Teoria de Horta^{8,32}:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano, e, não, a sua doença ou desequilíbrio.
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e para fins de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Em nossa vivência na referida unidade como docentes e enfermeiras, percebemos que a assistência a alguns pacientes não estava sendo sistematizada conforme o modelo teórico-metodológico proposto pela instituição.

No processo de implementação de qualquer projeto, é fundamental que os fatores observados na prática e que estejam, de alguma forma, interferindo nesse processo sejam pesquisados, para que se possa ir fazendo os reajustes necessários.

Assim, com este trabalho, teve-se como objetivo identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem.

Espera-se, com os resultados obtidos com base neste estudo, contribuir para a reflexão dos gestores e equipes envolvidas na implementação da SAE e especificamente do PE, a fim de favorecer o aprimoramento desse processo na unidade e subsidiar a implementação desse modelo assistencial em outras unidades do hospital.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Segundo Trivinos,⁹ a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de populações ou fenômenos predeterminados e a pesquisa exploratória busca a caracterização do problema, sua classificação e sua definição, além de proporcionar o aumento da experiência em torno dele.

Este estudo faz parte de um projeto maior desenvolvido na Unidade de Transplantes de Órgãos Sólidos e Células

Hematopoiéticas de um Hospital Universitário de Belo Horizonte. Foi aprovado pela Instituição sob o Parecer nº 018/06, do Comitê de Ética da Universidade (ETIC 0115/06).

A unidade conta com 17 leitos, tipo apartamento, e a equipe de enfermagem dessa unidade é constituída por 8 enfermeiros, 30 técnicos de enfermagem e 5 auxiliares, distribuídos nos turnos da manhã (das 7 às 13 horas), tarde (das 13 às 19 horas) e noite (das 19 às 7 horas).

Foram convidados os 23 membros da equipe de enfermagem dos turnos manhã e tarde, por estarem mais envolvidos diretamente com a implementação do PE. No período da coleta de dados, 2 funcionários se encontravam de férias e 10 (43,4%) aceitaram participar do estudo, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas. Esse tipo de instrumento permite o alcance de certa liberdade e certa espontaneidade que enriquecem a investigação.¹⁰ Foram abordadas questões relacionadas aos temas SAE, Processo de Enfermagem e Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 4 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem sendo a maioria (60,0%) do sexo feminino e com 30 anos, no máximo, portanto adultos jovens. A maioria trabalhava na instituição de um a cinco anos.

Os participantes do estudo descreveram a SAE como um instrumento que proporciona condições para a organização da assistência, cientificidade, individualidade do paciente, padronização de rotinas, processo de enfermagem, qualidade da assistência, capacitação profissional, teoria de enfermagem, elaboração do plano de cuidados e emprego de instrumentos validados.

É importante ressaltar que esses elementos não apareceram isolados, e sim simultaneamente, na maioria dos relatos, o que pode ser evidenciado nas respostas sobre a SAE:

É a organização do serviço de enfermagem segundo uma teoria de enfermagem com estruturação da assistência de modo individualizado com aplicação do processo de enfermagem.

Trata-se da prestação de assistência de enfermagem de modo sistematizado, ou seja, embasada em princípios científicos e formalizadas através de instrumentos devidamente validados.

É a organização dos cuidados necessários diariamente, de forma individual através de um plano de cuidados. É assistência de enfermagem completa, científica, que abrange o físico, o emocional e o espiritual.

Dos participantes, 50% responderam que a PE é sinônimo de SAE, 40% que não são sinônimos e 10% não

souberam responder. Assim, percebe-se que não há consenso entre profissionais da unidade sobre os aspectos conceituais de PE e SAE.

O emprego das expressões “sistematização da assistência de enfermagem” e “processo de enfermagem” como sinônimos gera conflitos relacionados ao entendimento e à prática de enfermagem, podendo provocar enfraquecimento e desarticulação da teoria com o exercício profissional. Essa dificuldade de articulação teórico-prática, evidenciada pelas disparidades de conceitos existentes na literatura, pode impactar na aplicação do PE pelo enfermeiro.²

Participação dos profissionais na implementação do PE

Ao avaliar sua participação, a equipe levantou algumas dificuldades inerentes à implementação do PE, tais como:

Minha participação deixa a desejar. Porque sei examinar o paciente na complexidade, mas faltam estudos contínuos, e estamos atendendo de maneira não prazerosa, porque não temos número suficiente de enfermeiros para realizar a SAE.

A falta de educação permanente, de estímulo e de recursos humanos, que foram considerados pelos participantes, são, sem dúvida, fatores limitantes ao envolvimento do profissional no processo de implementação da PE.

As dificuldades relacionadas à SAE e à operacionalização do PE podem provocar a perda do estímulo por parte dos enfermeiros e, como consequência, causar insatisfação e desmotivação da equipe. Portanto, o estímulo e a atualização de conhecimentos contribuem para melhorar o desempenho da equipe e aumentar a credibilidade da enfermagem perante a equipe multiprofissional.^{11,12}

Em outro relato, um participante descreve seu desejo de maior envolvimento da equipe multiprofissional no processo:

Queria particularmente que houvesse maior participação dos membros da equipe multidisciplinar (técnicos, auxiliares, terapia ocupacional e demais profissionais de saúde).

O desejo desse participante remete ao fato de o PE favorecer a integração e a articulação da assistência, contribuindo para sua qualidade e continuidade. Nesse sentido, segundo alguns autores,¹ apesar de ser inerente à enfermagem, a operacionalização do PE promove o estreitamento dos laços profissionais entre a equipe multiprofissional.

Outros participantes avaliaram positivamente sua participação no processo como

positiva, apesar de toda a dificuldade. Por ser recém-formada tive maior facilidade em utilizar os diagnósticos

de enfermagem e pode contribuir com o grupo. Por outro lado, a imaturidade me fez ter maior dificuldade nas prescrições.

Os fatores tempo de formado e experiência profissional, apontados por essa participante, aparecem frequentemente nas discussões sobre PE. De um lado, os enfermeiros graduados há mais tempo são considerados despreparados para aplicar o PE, por não terem sido capacitados durante a graduação. Do outro, os enfermeiros recém-formados são considerados inseguros, dada a pouca experiência profissional, apesar de terem sido capacitados durante sua formação profissional.

Em suma, 60% da amostra avaliou sua participação na implementação da SAE como positiva. Os dados, portanto, demonstram que a equipe está empenhada na implementação da SAE, apesar das dificuldades relatadas para a concretização desse processo na prática.

Os participantes identificaram 15 fatores facilitadores que interferiram na participação efetiva da equipe no processo de implementação do PE, os quais foram classificados em três categorias: características da unidade, características do modelo utilizado e perfil da equipe de enfermagem.

As características da unidade apontadas como fatores facilitadores foram o fato de a unidade ser uma clínica especializada, atender pacientes com afecções crônicas e com longo período de internação.

O fato de todos os pacientes estarem em situação de transplante de órgãos ou medula, seja no pré-, seja no pós-transplante, faz com que permaneçam internados por mais tempo que aqueles que se submetem a um procedimento cirúrgico sem complicações. Esse tempo permite o planejamento e execução de todas as etapas do PE, a discussão do processo assistencial dirimindo dúvidas e, ainda, propicia o estreitamento das relações com o paciente e seus familiares.

Quanto às características facilitadoras do modelo utilizado, foram detectados o fato de ser uma forma rápida e dinâmica de assistir o paciente de forma holística, ou seja, em suas necessidades biopsicossociais e espirituais, e de permitir a elaboração de impressos, utilizados para a implementação do PE.

O perfil da equipe de enfermagem mencionado como fator facilitador foi: profissionalismo da equipe, bom relacionamento entre componentes da equipe de enfermagem e desta com outros profissionais, interação efetiva e apoio da supervisão e diretoria de enfermagem, apoio dos colegas, autonomia dos enfermeiros e o conhecimento adquirido pela capacitação específica.

Os participantes também identificaram fatores dificultadores que interferem na participação efetiva da equipe no processo de implementação do PE, tais como déficit de recursos humanos e de educação permanente e sobrecarga de trabalho.

Se por um lado a característica da unidade pode ser um facilitador para a implementação do PE, pelo fato de os

pacientes ficarem internados por um longo período de tempo, por outro, por serem, frequentemente, pacientes graves ou com potencial de agravamento, causa estresse nos profissionais de enfermagem. A maior intimidade com pacientes e familiares exige do enfermeiro grande capacidade para lidar com conflitos entre membros da família e também com componentes da equipe.

Por se tratar de um ambiente estressante, a unidade apresenta alto índice de absenteísmo, sobrecarregando os funcionários presentes, o que leva

à falta de tempo para realização da demanda do setor com pouco pessoal.

Em alguns momentos não tenho tempo para checar os itens relacionados por falta de tempo quando a unidade esta sobrecarregada e há excessos de outras atividades gerenciais e assistências.

Em estudos semelhantes^{11,13,14} também foram identificados fatores dificultadores para o desenvolvimento da SAE, como: preparo inadequado na graduação em enfermagem; número insuficiente de profissionais dado o absenteísmo; rotatividade e remanejamento de pessoal; sobrecarga de trabalho; dificuldade de liderança e de organização do serviço dada a estrutura administrativa da instituição; problemas de relacionamento interpessoal; dentre outros. Destacam-se, ainda, falhas na implementação da sistematização e no acompanhamento contínuo e direto das atividades, desconhecimento da Lei do Exercício Profissional e de que a evolução e a prescrição de enfermagem são funções assistenciais.

É importante ressaltar que poucos são os achados científicos que associam a falta de tempo ou sobrecarga de trabalho como fatores dificultadores para a implementação da SAE. Essa situação tem sido analisada, na literatura, em um contexto de planejamento de atividades. Dessa forma, diante do fator tempo, deve-se considerar que a sistematização da assistência contribui para a otimização do tempo por determinar as ações prioritárias.^{1,14}

Influência da SAE para o cuidado ao paciente e para o gerenciamento das atividades de enfermagem

Todos os participantes consideraram que a SAE beneficia o paciente de alguma forma, como apreendido nos seguintes dizeres:

A SAE é o diferencial da assistência global do paciente.

Com a SAE os cuidados ficam organizados, não que não fossem antes, porém é melhor quando se segue um plano de cuidados.

Permite o acompanhamento detalhado da evolução do paciente.

Em relação ao gerenciamento das atividades de enfermagem, muitos afirmaram que a SAE prejudica

ações de gerenciamento e supervisão, como pode ser evidenciado nos relatos a seguir:

A SAE é importante e beneficia o paciente, porém há, em princípio, alguns prejuízos para outras atividades de supervisão, orientação e gerenciamento.

Quanto aos pacientes a influência da SAE para o cuidado é muito boa, mas quanto ao gerenciamento das atividades de enfermagem não tem um resultado muito bom.

A SAE proporciona um cuidado individualizado e o enfermeiro está mais próximo ao paciente sendo capaz de levantar melhor seus problemas e prescrever um cuidado individualizado. Porém isso não é contínuo em função dos problemas organizacionais.

Mais uma vez fica nítida a dificuldade dos participantes em diferenciar SAE de PE, pois, ao responderem sobre a importância da SAE para o cuidado e gerenciamento das atividades de enfermagem, na realidade, responderam sobre a importância do PE.

Foi identificada, também, divergência dos conceitos de cuidado ao paciente e gerenciamento das atividades de enfermagem. Gerenciar as atividades de enfermagem consiste, direta ou indiretamente, gerenciar cuidados, ou seja, supervisionar e direcionar ações que favoreçam o atendimento das necessidades humanas básicas dos pacientes.

A divergência desses conceitos¹² está presente, hoje, nas instituições de saúde, uma vez que estas demandam do profissional enfermeiro atividades administrativas, e não o gerenciamento do cuidado. Esse fato causa conflito de papéis, em que o enfermeiro se divide entre o desejo de prestar a assistência e as demandas gerenciais da instituição.

Independentemente desse conflito de atribuições, porém, o fato de os participantes da pesquisa entenderem a SAE como um fator dificultador do gerenciamento das atividades de enfermagem evidencia que eles não a percebem como um instrumento organizador do processo de trabalho.

A falta de uma metodologia de assistência gera dificuldades, pela falta de planejamento das atividades e a não determinação de prioridades, perda de um tempo significativo no processo de gerenciamento. A desorganização do serviço está relacionada à falta de padronização de condutas dos profissionais, inexistência ou desconhecimento de normas e rotinas, bem como a não utilização de uma metodologia de assistência.¹²

No aspecto organizacional, o recurso humano é um dos mais importantes na operacionalização da SAE e em especial do PE, tanto no que se refere à função de cada elemento na equipe quanto no aspecto quantitativo. A falta de pessoal impacta negativamente na implementação dessa ferramenta, e a presença contínua de um enfermeiro na unidade é uma variável que precisa ser considerada no dimensionamento e seleção de pessoal.³

Quanto ao recurso material, este precisa de uma atenção especial voltada para sua organização e controle, pois, caso contrário, a prestação da assistência de enfermagem será impactada negativamente, além de provocar desgaste físico e emocional na equipe de enfermagem.

Os participantes também ressaltaram que existe falta de envolvimento de alguns membros da equipe em realizar os passos do PE, como pode ser exemplificado nas seguintes respostas:

Sinto que o paciente é verdadeiramente observado quando a SAE é realizada, mas há 'furos' porque não é todo dia que ele é examinado pelo enfermeiro.

Alguns técnicos ainda não estão conscientizados da importância das prescrições de enfermagem e não as executam.

A falta de interesse da equipe de enfermagem em implementar a SAE pode dever-se à falta de orientação quanto à sua relevância, à não compreensão dos seus benefícios para o trabalho da equipe, ou mesmo ao fato de não estarem envolvidos na sua elaboração.³

Com base nessas respostas, também foi possível identificar que os participantes consideram fundamental a participação de toda a equipe de enfermagem para a implementação efetiva da SAE. A prática assistencial de enfermagem necessita de uma equipe para ser viabilizada. Portanto, o envolvimento de todos na implementação da SAE deve ser estimulado. Além do enfermeiro, os técnicos e os auxiliares de enfermagem possuem papel de extrema importância, pois executam as prescrições de enfermagem e auxiliam na organização dos recursos materiais necessários para assistência e organização da unidade de internação, dentre outras atividades.

Essa colocação pode ser resumida na resposta de um participante:

A SAE, quando bem empregada e realizada, permite à equipe de enfermagem assistir o paciente com maior qualidade e de forma holística. O técnico entra no processo realizando as atividades prescritas e, assim, o enfermeiro consegue assistir o paciente e gerenciar o cuidado.

Conhecimento sobre a teoria de enfermagem adotada

Em relação ao conhecimento da teoria de enfermagem adotada, 50% responderam corretamente sobre qual teoria utilizada e 20% não responderam à questão.

Apenas dois princípios da teoria de Horta foram apontados:

- A enfermagem reconhece o ser humano como participante ativo no seu autocuidado.
- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser humano.

Não foram mencionados, por nenhum participante, os demais princípios da teoria de Horta.⁸

Com base no exposto, supõe-se que grande parte dos participantes apresentou dificuldades relacionadas ao entendimento ou conhecimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e seus princípios.

Os próprios profissionais reconhecem a necessidade de mais capacitação, de tempo e ter um suporte técnico por mais tempo:

As dúvidas e dificuldades são muitas, e acho que seria importante mais treinamento e um apoio técnico por tempo razoável (dois a três meses). Para a implementação da proposta de forma mais efetiva, também é fundamental a disponibilidade de tempo para a execução.

CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem considera que a SAE é de suma importância para a qualidade da assistência de enfermagem. Entretanto, as falas evidenciam que, de modo geral, não há diferenciação entre os conceitos de sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem. Os resultados encontrados evidenciam

a necessidade de maior capacitação dos profissionais em relação aos aspectos conceituais.

Os participantes compreendem que é necessária uma estrutura mínima em termos de recursos humanos, de organização do trabalho e de autonomia profissional para que se obtenha sucesso na implementação da SAE.

Ficou evidente que aspectos conceituais e princípios da teoria ainda não estavam bem sedimentados por toda a equipe. A adoção de uma de uma teoria em determinado campo de ação implica que as condutas dos profissionais devem estar em consonância com seus conceitos, proposições e princípios. Portanto, fazer a autoavaliação das condutas e refletir sobre a teoria usada deve ser uma constante na vida profissional.

O sucesso ou não desse processo depende de fatores essenciais, como a educação permanente, o interesse da equipe e da gerência/coordenação de enfermagem e a garantia de condições mínimas para que a assistência de enfermagem seja sistematizada.

Contudo, entende-se que a implementação dessa metodologia é um processo lento e gradual, que depende da superação dos medos, das descrenças e da mudança no modo de ser e perceber o papel do enfermeiro em sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Sci Health Sci.* 2005; 27, (1): 25-9.
2. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(6): 883-7.
3. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5): 675-9.
4. Silva MB, Meneghete MC, Fontana RT. Implementação do processo de enfermagem na prática clínica: experiência de aprendizado. *Rev Enfer UFPE (on line).* 2010; 2(2): 539-47.
5. Marques DKA, Nobrega MML. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. *REME - Rev Min Enferm.* 2009; 13(3): 372-80.
6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação e Normas. Resolução n.272/2002. Brasília; 2002.
7. Gonçalves L, Vieira LJ, Salviano MEM. Relatório técnico-científico do projeto de intervenção: Projeto de intervenção: "Implantação de um Sistema de Assistência de Enfermagem no Hospital das Clínicas da UFMG". Belo Horizonte: UFMF; 2008.
8. Horta VA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas S.A.; 1987.
10. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Rio de Janeiro: Vozes; 2007 p. 61-78.
11. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolim MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. *Acta Paul Enferm.* 1996; 9 (1):18-25.
12. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(3):261-5.
13. Montes ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. *Acta Paul Enferm.* 2001; 14(1): 89-97.
14. Guimares P, Spanol CA, Ferreira E. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. *Cienc Enferm.* 2002; 8 (2): 49-58.



POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE

POLITICS OF HEALTH'S REGIONALIZATION: FROM THE TRANSACTION RULES TO THE PACT FOR HEALTH

POLÍTICA DE REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD: DE LAS NORMAS OPERACIONALES AL PACTO POR LA SALUD

Angela Maria Weizenmann Sauter¹
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini²
Águida Wichrowski Kopf³

RESUMO

Revisão de literatura cujos objetivos são: caracterizar a trajetória do processo de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da legislação estruturante; conhecer as novas responsabilidades colocadas para os municípios na atual política de regionalização do SUS; e identificar dificuldades e desafios relatados na literatura, em relação às responsabilidades dos gestores municipais no processo de regionalização do SUS. A base de dados utilizada na busca de artigos foi o Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e o material publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Considerando o período de 2001 a 2009, foram encontrados oito artigos em que se abordava gestão ou regionalização. A análise temática de conteúdo permitiu identificar a existência de três temas, definidos *a priori*, abordando a descentralização e a regionalização. A análise dos artigos e da legislação vigente permitiu compreender os avanços na consolidação do SUS, mas também as dificuldades enfrentadas para constituir um sistema composto por serviços, em todos os níveis de assistência, que possa garantir a atenção integral à saúde da população, com acesso facilitado, maior equidade e resolutividade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Regionalização; Descentralização; Gestores de Saúde.

ABSTRACT

This is a literature review that aims at identifying the trajectory of the decentralization process and regionalization of the Brazilian Unified Health System, (in Portuguese, SUS) through its structuring legislation; the new municipalities' responsibilities according to the SUS current regionalization policy; and the difficulties and challenges reported by specific literature on the responsibilities of local managers in the process of SUS regionalization. The Scientific Electronic Library Online (SciELO) database was used as well as material published by the Brazilian Health Department. Eight articles on management or regionalization, dating from 2001 to 2009, were found. Thematic content analysis identified three topics addressing decentralization and regionalization. Analyses of articles and current legislation enabled to understand the advances in the consolidation of the SUS as well as the difficulties faced for the construction of a health system that offers services encompassing all levels of care and that guarantee easy access to a comprehensive health care to the population, greater equity and resolvability.

Key words: Unified Health System; Regionalization; Decentralization; Health Managers.

RESUMEN

Este trabajo es una revisión de la literatura con el objetivo de caracterizar el proceso de descentralización y regionalización del Sistema Único de Salud (SUS), a través de la legislación estructuradora; conocer las nuevas responsabilidades de las ciudades en la política actual de regionalización del SUS e identificar los obstáculos y retos relatados en la literatura, en relación con las responsabilidades de los gestores municipales en el proceso de regionalización del SUS. La base de datos empleada para buscar artículos fue la Biblioteca Electrónica Científica en Línea (SciELO) y el material publicado por el Ministerio de Salud de Brasil. Se encontraron ocho artículos que enfocaban estos dos asuntos entre 2001 y 2009. El análisis de contenido permitió identificar tres temas que se referían a descentralización y regionalización. El análisis de los artículos y de la legislación vigente permitió entender los avances en la consolidación del SUS y los obstáculos para construir un sistema de salud que ofrezca servicios en todos los niveles de atención y que garantice atención integral, fácil acceso, mayor equidad y resolución de problemas.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Regionalización; Descentralización; Gestores de Salud.

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de São José-SC. E-mail: angelamariasauter@yahoo.com.br.

² Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP).

³ Professora Titular da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui). Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. aguida@unijui.edu.br.

Endereço para correspondência – Rua José Barachini, 200, Santa Maria/RS CEP 970600. Email: nara.girardon@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A implementação de novos modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS) vem exigindo dos gestores inúmeras funções e, também, um conjunto de novas responsabilidades que cada município deve assumir no processo de regionalização, com vista a orientar a construção de regiões de saúde para a obtenção de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, adequados e suficientes, para a garantia do direito à saúde. Nesse sentido, devem potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação capazes de estruturar um espaço de cogestão, por meio do Colegiado Gestor Regional, propiciando que os gestores, de forma cooperativa, executem suas funções de planejamento, orçamento, coordenação e avaliação das estratégias e dos serviços regionais, garantindo à população atenção à saúde.¹

Dessa forma, para melhor compreender os desafios e dificuldades encontrados pelos municípios em relação às novas responsabilidades previstas no processo de regionalização, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre as políticas de regionalização que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde na trajetória de consolidação do SUS.

A implementação do SUS, que inicialmente transferiu para os municípios o poder de gestão – Municipalização da Saúde –, paulatinamente, evidenciou, no decorrer do processo de descentralização, a necessidade de investir na política de regionalização dos serviços de saúde, de modo a promover maior acesso da população à saúde, bem como maior equidade e racionalização na distribuição dos recursos.²

A Lei nº 8.080/90 consolidou o aparato legal da municipalização das ações e dos serviços da saúde, buscando a organização deles, apoiados nas estratégias de regionalização e hierarquização. Com o processo de descentralização, a gestão do SUS, inicialmente, passou a ser regulada pelas normas operacionais básicas, que definem as responsabilidades dos municípios, Estado e União³ e, mais recentemente, pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, e, por último, pelo Pacto pela Saúde.⁴

A regionalização se insere no contexto e história da saúde, desde a Constituição Federal de 1988 e legislação complementar, destacando-se a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 –, que dispõe, no seu artigo 7º, sobre a regionalização e hierarquização da rede de serviços e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.¹

Na trajetória da descentralização e regionalização dos serviços de saúde do SUS, passou-se da municipalização à regionalização. Segundo Pestana e Mendes³, a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, chamada pelos autores de “Municipalização Autárquica”, resultou em fragmentação dos serviços e perdas na qualidade dos serviços e da assistência. A partir disso pensou-se na regionalização cooperativa, ofertando serviços com maior economia de escala e de

escopo, além de melhor qualidade. Essa reorientação ocorre, atualmente, por meio do Pacto pela Saúde.

Assim, o processo de descentralização tem ampliado o contato do SUS com a realidade das necessidades da população, colocando os gestores à frente de desafios para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, com qualificação da gestão. Diante dessas necessidades e dificuldades, a União, os estados e os municípios pactuaram responsabilidades na gestão do sistema e da atenção em saúde por meio do Pacto pela Saúde², um instrumento que vai produzir mudanças significativas no SUS. O Pacto pela Saúde² comporta três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. A regionalização é o eixo orientador e estruturante do Pacto de Gestão e objetiva tornar possível acordos entre as três esferas do sistema para promover inovações, com instrumentos de gestão com vista à maior eficiência, redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população. O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.¹

A relevância deste estudo situa-se na compreensão e aquisição de conhecimento sobre a gestão da saúde, para qualificar a atuação de profissionais e de gestores que se interessem pelo assunto, proporcionando maior entendimento sobre o processo de gestão e as responsabilidades previstas para os secretários municipais. Isso se faz importante, uma vez que a gestão trata da otimização dos recursos financeiros, humanos, equipamentos e tecnologias que repercutem na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, na saúde da população.

A seguinte pergunta de pesquisa orienta este trabalho: “Quais as novas responsabilidades e os principais desafios previstos para os municípios, no processo de regionalização do SUS?”

Este estudo tem como objetivos: caracterizar a trajetória do processo de descentralização e regionalização do SUS, por meio da sua legislação estruturante; conhecer as novas responsabilidades colocadas para os municípios na atual política de regionalização do SUS; identificar dificuldades e desafios relatados na literatura em relação às responsabilidades dos gestores municipais no processo de regionalização do SUS.

METODOLOGIA

Esta pesquisa de natureza bibliográfica propõe buscar publicações sobre o processo de regionalização e gestão, identificando, além da trajetória, as novas responsabilidades, desafios e dificuldades desse processo como uma estratégia para a organização da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

A opção em realizar um trabalho de revisão bibliográfica deve-se ao fato de que esse tipo de estudo possibilita conhecer e entender melhor as necessidades de

publicação de determinados assuntos. Pode-se, dessa forma, conhecer várias opiniões para formular conhecimentos e senso crítico amplos em relação ao assunto. A revisão bibliográfica é conceituada como aquela que se desenvolve por meio de materiais já elaborados, constituídos principalmente de livros e artigos científicos, apoiando-se nas leituras exploratórias e seletivas do material de pesquisa durante a trajetória.⁵

Para coleta de dados foi realizada busca eletrônica com base em resumos de artigos brasileiros na área das ciências da saúde disponíveis em banco de dados *online* que abordassem o processo de regionalização no sistema de saúde. As informações foram coletadas mediante o levantamento de produções científicas que tratam da temática, utilizando a base de dados eletrônica o Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se as palavras *regionalização* e *gestão*.

Para a seleção dos artigos eletrônicos, foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos publicados em periódicos da língua portuguesa, com resumos disponíveis *online* na base de dados selecionada, publicados entre 2001 e 2009. Considerou-se o ano de 2001 como limite para a busca de artigos, por ser nesse ano que se iniciou o processo de regionalização, incentivado pelo Ministério da Saúde, com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

Nessa busca, identificaram-se 48 artigos que abordavam o tema regionalização ou gestão. Porém, após a leitura dos resumos, foram excluídos os artigos que não comportavam os critérios de inclusão. Dentre esses, estão artigos que abordam aspectos relacionados aos contextos econômico, administrativo e geográfico da regionalização e gestão, que não estavam voltados para a saúde. Considerando os critérios que pretendíamos explorar no estudo, selecionamos oito artigos que constituíram fonte de análise e fundamento para a elaboração deste texto, bem como o material

bibliográfico publicado pelo Ministério da Saúde sobre a legislação estruturante do SUS, por ser de total pertinência ao tema abordado.

Para a análise do material, foram utilizados os passos descritos por Gil⁵: leitura do material obtido, seleção do material e ordenação dos achados, constituídas de três categorias temáticas definidas *a priori*. Os artigos que compõem o *corpus* temático desta revisão teórica estão apresentadas no QUADRO 1.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Descentralização e regionalização: descrevendo a trajetória de implementação

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo que, para sua implementação, foram criadas as Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas definem as responsabilidades de cada esfera de governo, estratégias e movimentos que visam dar operacionalidade ao sistema e, a partir disso, realizar uma avaliação da implementação e do desempenho do SUS.⁶

Desde o início do processo de implementação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOBs), e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01).

As Normas Operacionais visaram à reordenação dos modelos de atenção e de gestão da saúde, definindo os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos de gestão; os critérios e fluxos de financiamento; o acompanhamento, controle e avaliação do SUS; participação e controle social.⁷

As normas foram formalizadas pela portaria do Ministério da Saúde e seu conteúdo, com base na NOB 01/96,

QUADRO 1 – Artigos que compõe o *corpus* temático da revisão teórica – Brasil, 2001-2009.

| Nº | Referência |
|----|--|
| 10 | Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(1): 197-206. |
| 13 | Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o Pacto pela Saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. <i>Rev Eletrônica Enferm</i> . 2009; 11(3):181-7. |
| 14 | Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2003; 8(2):417-37. |
| 15 | Schneider A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. <i>Physis</i> . 2001; 11(2):51-66. |
| 16 | Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2006; 22(10):2207-17. |
| 17 | Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2001; 6(2):451-555. |
| 18 | Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2002; 18(supl):153-62. |
| 19 | Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2007; 12(4):825-39. |

definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, que inclui, além do gestor federal, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).⁶

A primeira Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91), nº 258, de 7 de janeiro de 1991, foi editada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inapms), e publicada no Boletim de Serviço daquele Instituto⁶. Essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, equiparando prestadores públicos e privados na compra e venda de serviços. Apesar de esse fato ser desfavorável para o sistema de saúde, os municípios apoiaram aquela NOB, por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos estados.³

A NOB 01/92, editada pelo Inamps (PT 234/02), segue, em linhas gerais, a NOB 01/01 e mantém intocados os mecanismos de pagamento por produção de serviços, à exceção das internações hospitalares.

Seguiu-se a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 – NOB/SUS 01/93 –, editada pela Portaria GM/MS nº 545/93, que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que teve como tema “A municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão ao instituir formas de gestão municipal e estadual: Incipiente, Parcial e Semiplena. Ela também estabeleceu a transferência de recursos de forma regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em Gestão Semiplena; habilitou os municípios como gestores; instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação e articulação entre os gestores das três esferas de governo na condução do SUS.⁶

Com as mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93, desencadeou-se ampla discussão no setor saúde que levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96, que promoveu um avanço no processo de descentralização, pois criou novas condições de gestão para os municípios e estados, definiu as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefiniu competências de estados e municípios.⁶

A NOB 01/96 modificou as condições de gestão ao estabelecer duas formas de habilitação dos municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo que para os estados estabeleceu a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

O seu período de implementação foi marcado por uma série de avanços no processo de descentralização do SUS. A referida norma criou o Piso da Atenção Básica (PAB), uma forma de financiamento global *per capita*, favorecendo avanços na ampliação e no acesso nesse nível de atenção, bem como reorientou o modelo de atenção, mediante o estabelecimento de incentivos

de financeiros a determinados programas, conforme a adesão de cada município a esses, consolidando o Programa da Saúde da Família (PSF).⁷

Se, quando criado, este foi considerado como mais um programa direcionado, principalmente, a cobrir as áreas mais carentes dos municípios, atualmente se consolida como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica, no âmbito do SUS, ganhando a adesão crescente dos municípios e espaço no debate técnico-científico, tanto por parte dos serviços de saúde como da academia.⁸ Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96.

De acordo com Carvalho, Martin e Cordoni Junior,⁹ 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão em 2006. Entretanto, segundo os autores, essa transferência de recursos significou, de fato, descentralização de recursos apenas para os municípios que assumiram mais responsabilidades, os em Condição de Gestão Semiplena (3% dos municípios), correspondendo a municípios de médio e grande portes.

Dessa forma, o processo de descentralização, por meio da municipalização, transferiu para os municípios recursos e responsabilidades. A descentralização dos serviços de saúde para os municípios (denominada Municipalização Autárquica) trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, destaca-se a expansão dos serviços municipais de saúde, com o objetivo de prover, no município, o maior número de serviços de saúde.³

Para os autores, a Municipalização Autárquica obteve fortalecimentos inquestionáveis: a radicalização do processo de descentralização, com a consequente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; maior democratização do setor; melhoria do acesso às ações e serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

No entanto, os avanços não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.

As desvantagens foram a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços de saúde, pois o município expandia a assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde.³

As Normas Operacionais Básicas conduziram a uma política de investimentos na saúde em que o relevante era dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente com muitos hospitais sem condições técnicas para funcionar, incluindo aqui a falta de Serviços de Diagnóstico e Terapia, levando à fragmentação, à ineficiência e a menor qualidade dos serviços prestados.³

Em dezembro de 2001, mais de 99,21% dos municípios brasileiros se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal. Em relação aos estados, cinco estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.⁶

A NOB 01/96 consolidou a política de Municipalização da Saúde estabelecendo o pleno exercício dessa esfera de poder, com forte centralização do financiamento na União e pouca participação dos estados, num país com grande heterogeneidade. Com isso, vai ficando evidente a necessidade de avançar na regionalização, mediante a adoção de novas formas de organização a atenção e de gestão.³

Em decorrência dos problemas enfrentados com o processo da NOB/SUS 01/96, em 2001, após a discussão entre os gestores das três esferas de governo, ocorreu a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), com o pressuposto de ampliar as responsabilidades dos municípios para garantir acesso aos serviços de saúde e reorganizar a atenção, tendo como eixo norteador desse processo a regionalização e, nela, como foco os desafios a serem superados.⁶

A NOAS/SUS 01/01 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência e cria alternativas para o fortalecimento da gestão do sistema de saúde. O conjunto de estratégias apresentadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde tem por pressuposto a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de Atenção Básica, sendo a regionalização e a hierarquização estratégias para buscar a equidade na alocação de recursos e serviços de saúde.⁷

Nesse contexto, a regionalização deve contemplar, no planejamento, noções de territorialidade, identificando prioridades de intervenção nos sistemas funcionais de saúde, a fim de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços para a resolução dos problemas de saúde, com bom aproveitamento dos recursos.⁷

Assim, a NOAS instituiu o Plano Diretor de Regionalização como um instrumento de organização do processo de regionalização, na perspectiva de garantir o acesso aos serviços de saúde o mais próximo da residência dos cidadãos, sendo ainda parte integrante desse processo o Plano Diretor de Investimento, com o objetivo de desenvolver estratégias de investimentos, a fim de promover a assistência em todos os níveis de complexidade.⁶

A organização dos serviços no âmbito da atenção básica passa a ser responsabilidade dos municípios, com as ações de atenção secundária ficando a cargo da responsabilidade solidária dos municípios da microrregião e as ações de alta complexidade sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.

Essa proposta estaria fundamentada em um sistema como estrutura piramidal, na qual a atenção primária à saúde é menos complexa que os procedimentos de média e alta complexidade.³

A necessidade de revisão de alguns aspectos instituiu, em 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02), resultado das discussões da Comissão Intergestores Tripartite e que expressa os acordos relativos aos prestadores de serviços de média e alta complexidade, com fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, e no que diz respeito aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento à população.⁶

Para esses autores,⁶ o foco na oferta, a concepção hierárquica do sistema, a inadequada regionalização, o excesso de burocracia e a deficiente responsabilização vão exigir a revisão de sua proposta.

A regionalização é uma estratégia para a formação de sistemas de saúde mais eficientes, em que governos levam municípios e estados a assumirem efetivamente seus papéis a fim de executar suas ações em seus respectivos territórios, garantindo, por meio da ampliação e do acesso aos serviços de saúde, as estratégias de prevenção e promoção dos serviços na área.¹

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde.³

Oliveira *et al.*¹⁰ apontam que os municípios, na regionalização da assistência à saúde, devem atender à população da sua área de abrangência, e apenas quando o caso for mais complexo deverá ser encaminhado pelo profissional da saúde a outro serviço de referência. Afirmam, ainda, que esse princípio não é muitas vezes respeitado, resultando em excesso de demanda aos serviços especializados. Também destacam que o princípio da hierarquização da assistência, em que a organização dos serviços se constitui em forma de pirâmide, atendendo à população conforme o grau de complexidade, apresenta dificuldade e falta de acesso para a obtenção desses atendimentos mais especializados e de maior complexidade.¹⁰

Novas responsabilidades para os gestores na atual política de regionalização

O processo de implementação do SUS mostra que o processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde evoluiu muito. A descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade de cada região, mediante maior visibilidade aos gestores diante dos desafios em superar a fragmentação e a organização de uma política de saúde que busque melhorar o sistema por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços.²

Em decorrência dessas novas necessidades, as três esferas de governo que compõem a CIT, com participação do Conass e do Conasems, pactuaram responsabilidades na implementação de uma nova política de saúde – O Pacto pela Saúde –, definido, conforme já expresso, em três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.²

Segundo o Ministério da Saúde, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde estão consolidadas pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o pacto firmado entre os gestores das três esferas de governo do SUS e conforma-se num conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações no processo de gestão, com vista a alcançar maior eficiência e qualidade em relação às metas e objetivos a serem alcançados.¹ Nesse sentido, conforme o Conass,¹¹ o Pacto pela Saúde é uma política para resolução dos desafios e dificuldades do sistema de saúde, tendo como finalidade a qualificação da gestão pública e a busca de maior eficiência e qualidade.

Já a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, regulamenta e orienta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, bem como seus processos para acompanhamento e transição dos pactos, incluída a avaliação dos processos de pactuação e metas.¹²

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos e prioridades definidos pelos três gestores, derivado da análise da situação de saúde da população. Está estruturado em uma política que reforça o movimento da gestão por resultados, em que há metas nacionais, estaduais e municipais a serem definidas e cumpridas no Termo de Compromisso de Gestão.²

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas entre os três níveis de gestão no sentido de reforçar e qualificar o SUS como uma política de Estado, e não apenas de governo, reafirmando os princípios basilares estabelecidos na Constituição Federal. Tem como objetivos apoiar a mobilização social, com a finalidade de garantir a saúde como um direito; regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, que incrementa recursos orçamentários; e, ainda, elaborar e divulgar a Carta de Direitos dos Usuários.²

O Pacto de Gestão, foco deste estudo, estabelece responsabilidades a cada ente federado, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS; reforça a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e destes para os municípios: incentiva a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo Colegiados de Gestão Regional.¹

Para alcançar seus objetivos, o Pacto de Gestão explicita diretrizes sobre a Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.²

A regionalização é o eixo estruturante do Pacto da Gestão, devendo orientar o processo de identificação e construção

de regiões de saúde, que, por sua vez, devem organizar seus serviços a fim de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, potencializar os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Estes são os principais instrumentos do planejamento da regionalização: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).²

O PDR deverá identificar e reconhecer as regiões de saúde, com o objetivo de garantir o acesso, a promoção da equidade, a integralidade da atenção, qualificar o processo de descentralização, racionalizar os gastos e realizar bom aproveitamento dos recursos. O PDI, referente aos recursos, define que, em âmbito regional, deverão ser atendidas as necessidades de Atenção Básica e de média complexidade e, na macrorregião, o que se refere à alta complexidade. O referido plano também deverá contemplar as necessidades da Vigilância em Saúde. A PPI é um processo instituído no SUS que define, com base no planejamento, as ações de saúde para o atendimento das populações residentes nos territórios.¹

Para constituir uma rede de atenção à saúde regionalizada, os gestores deverão identificar as regiões de saúde que vão propiciar resolutividade nas ações de saúde daquele determinado território. Para garantir a atenção na alta complexidade, às regiões devem se agregar a uma macrorregião com maior adensamento tecnológico.¹

Para qualificar o processo de regionalização, porém, os gestores devem constituir um espaço permanente de pactuação de cogestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), um espaço de negociação, planejamento e decisão, mediante a identificação de prioridades e de pactuações para organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde. O funcionamento deste colegiado deve ser acordado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).² Ressalte-se a importância desse espaço regional de articulação, uma vez que o CGR é uma instância de aproximação para o enfrentamento das questões do SUS no âmbito regional. “O CGS deve ser composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais)”.^{1:35}

Pretende-se, com o processo de regionalização, melhorar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, pelo desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos, resultando em melhor qualidade da atenção e construindo um processo de regionalização eficaz, com bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.¹¹

As mudanças que ocorrem com o Pacto pela Saúde referem-se aos novos processos de pactuação entre os gestores, pois se extingue o processo de habilitação firmado nas Normas Operacionais (Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde), que são substituídas pelas pactuações expressas no Termo de Compromisso de Gestão, sendo que a gestão deve realizar a repactuação anualmente, por meio de resultados.¹³

A pactuação refere-se, principalmente, às responsabilidades sanitárias que cada gestor deverá resolver em seu âmbito de atuação, não transferindo compromissos para as outras esferas de gestão. Outras mudanças referem-se às formas de repasse dos recursos financeiros, que passam a ser por blocos: da atenção básica, da atenção da média e alta complexidade, da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica e da gestão do SUS. Dessa forma, os municípios terão maior autonomia na alocação dos recursos, de acordo com as metas e planejamento estabelecidos no plano de saúde.^{1,13}

Desafios e dificuldades apresentados pelos gestores na construção do SUS

Desde a implementação do SUS, apresenta-se ainda um conjunto de dificuldades e desafios a serem superados pelo sistema público de saúde, embora avanços sejam identificados e reconhecidos pelos gestores, usuários e trabalhadores da saúde.

Um dos desafios no processo de gestão é apontado por Ugá *et al.*,¹⁴ referindo-se ao financiamento do SUS, com relação aos recursos destinados à saúde, que consideram de extrema importância para o bom funcionamento do sistema. A NOB/SUS 01/96 criou o Piso de Atenção Básica (PAB), definindo o repasse de recursos para Atenção Básica, recursos que também são destinados ao custeio de procedimentos relativos às ações de média e alta complexidade em saúde e de vigilância sanitária.

A Lei nº 8.080/90 prevê que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver o conjunto de ações e serviços de saúde. Os consórcios são uma alternativa para enfrentar os problemas e gerenciar unidades de saúde especializadas, sendo um importante instrumento para a consolidação do sistema de saúde.¹¹

Com a instituição da NOB/SUS 01/96, os municípios começaram a discutir sobre as dificuldades orçamentárias em oferecer serviços de saúde de maneira racional e regionalizada. Com vista a superar entraves, muitos municípios adotaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde como alternativa para a ampliação das ações de saúde. A formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde tem em vista a execução de atividades nas áreas de promoção e recuperação da saúde, mediante prestação de serviços de forma regionalizada e hierarquizada.¹⁵

Baseando-se em um estudo¹⁶ sobre a experiência do Consórcio do município de Penápolis – o mais antigo do Brasil –, os autores identificaram o aumento de ofertas de serviços aos municípios em diversas especialidades, com capacidade de resolução e melhor qualidade no atendimento, o que, segundo eles, demonstra que os consórcios intermunicipais têm relação com a estratégia de regionalização na garantia do acesso aos serviços pela população referenciada. Consideram, ainda, que tais consórcios intermunicipais constituem um modelo de organização e de cooperação de cidades de pequeno porte para a superação de problemas

que, sozinhos, não conseguiriam resolver. Referem, também, que os consórcios de saúde no Brasil se organizam, prioritariamente, em torno da assistência especializada.

Por meio de uma pesquisa realizada com profissionais do sistema de saúde, a fim de caracterizar o conteúdo das representações sociais construídas pelos profissionais de saúde sobre a implementação do SUS, Oliveira *et al.*¹⁰ identificaram, dentre outros aspectos, a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, com desproporção entre a oferta e a demanda, o que gera longas filas de espera e desgaste físico e emocional do usuário. Também constataram a diferença estrutural do atendimento entre instituições públicas e privadas, sendo que as instituições privadas apresentaram condições mais adequadas para o suprimento dos serviços, havendo uma situação de vantagem em termos da qualidade da assistência. Ao mesmo tempo e em decorrência disso, as unidades privadas apresentam-se como as responsáveis por atendimentos especializados, e não pelo atendimento geral à saúde da população, havendo, em razão dessa característica, uma situação de vantagem em termos da qualidade da assistência. Ressaltam, ainda, que, nas unidades de saúde, há ausência de recursos humanos, o que leva os profissionais a desenvolverem estratégias alternativas para a execução do trabalho.

Em outro contexto trazido por Oliveira *et al.*,¹⁰ ressaltam-se alguns aspectos referidos pelos profissionais em relação às mudanças nas políticas de recursos humanos que, na visão dos profissionais, no período anterior ao SUS, propiciaram muitas conquistas, como a realização de concursos públicos para contratação de recursos humanos nos serviços de saúde, com níveis maiores de salários e servidores atuando no sistema. No mesmo período, após a implementação do SUS, houve deterioração dos salários, mas, por outro, teriam existido incentivos ao aperfeiçoamento dos profissionais. Nesse contexto, os autores ainda enfatizam que a

conveniência, em uma mesma unidade, de profissionais com vínculos distintos (municipal, estadual e federal), salários e direitos trabalhistas diferentes e com particularidades, constitui-se em um fato tido como empecilho na constituição de uma equipe multidisciplinar integrada.^{10:2005}

A política de recursos humanos também é considerada, no Pacto pela Saúde, como aquela que deve buscar a valorização do trabalho, desenvolver ações para a construção de vínculos entre os trabalhadores da saúde e, nos municípios, fortalecer as estruturas de recursos humanos para produzir mudanças no campo da gestão do trabalho, assim como no campo da educação na saúde.¹

Outro desafio destacado pelos gestores e identificado por Oliveira *et al.*¹⁰ decorre da participação popular e do controle social na gestão do SUS. O controle social para os profissionais participantes deste estudo relaciona-se aos direitos constitucionais da população e à importância da participação de lideranças comunitárias

nos conselhos de saúde, que aproxima os gestores da população, favorece o melhor reconhecimento das necessidades e das demandas, melhorando, assim, a gestão estratégica do SUS.

A estratégia de regionalização apresenta um grande desafio para sua implementação, por envolver ações para o atendimento da população, que nem sempre podem ser ofertadas em todos os municípios de pequeno porte populacional, implicando certa incapacidade de planejar o sistema. Essa proposta, de certo modo, vem reforçar aspectos relacionados à qualificação de regiões e microrregiões na assistência à saúde, buscando a garantia de ações mais resolutivas em todos os níveis de assistência.¹⁷

Nesse sentido, em estudo realizado em 2002¹⁸ também apontou-se que as mudanças propostas na gestão do SUS revelavam problemas e necessidades em relação à saúde da população, ou seja, a necessidade de reorientações que favorecessem mudanças nas ações de saúde. De acordo com o autor, se não houvesse o estabelecimento de prioridades e articulação entre os municípios para garantir um conjunto de serviços, estes não seriam garantidos à população, sobretudo em municípios menores, por apresentarem insuficiência de infraestrutura do sistema.

Outro desafio para a gestão do sistema de saúde refere-se ao controle de custos e à necessidade de aumento orçamentário para garantia de acesso e integralidade na assistência. Nesse contexto, Vecina Neto e Malik¹⁹ discutem sobre os recursos do SUS destinados aos hospitais, em que cada município quer ter seu próprio hospital, o que requer financiamento e, como consequência, muitas vezes, desperdícios. Argumentam que não faltam leitos no País nem no setor público nem para a medicina privada. Todavia, os hospitais menores teriam baixa resolutividade e as internações poderiam levar a um faturamento muito baixo, cuja consequência seria a tendência em criar escalas econômicas mais adequadas, com oferta de serviços de maior complexidade, otimizando os recursos e serviços do setor.

Nesse sentido, em relação aos recursos financeiros, em estudo¹⁴ sobre a alocação de recursos para saúde, destacam-se as desigualdades na respectiva distribuição, que favorecem determinadas regiões, desfavorecem muitos estados desenvolvidos. Defendem os autores que os investimentos do Ministério da Saúde devem ser distribuídos equitativamente, levando em consideração o perfil demográfico e as condições socioeconômicas de cada população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste trabalho de revisão teórica, evidenciou-se que o SUS, desde a sua implementação, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de relevância, que apresenta resultados em favor da saúde da população. Nos artigos e na legislação vigente utilizados neste estudo, abordam-se questões

referentes à consolidação do SUS, identificando os avanços conquistados ao longo dos anos e também os problemas a serem enfrentados, para que possa se constituir em um sistema capaz de efetivamente prestar serviços e atenção à saúde com qualidade.

As mudanças previstas nas novas diretrizes do Pacto pela Saúde impõem aos gestores novas responsabilidades, permitindo o fortalecimento da gestão solidária e da regionalização, mediante a construção de redes de atenção à saúde, a fim de desenvolver um sistema eficiente, aperfeiçoando os serviços e o acesso da população. Nessa perspectiva, a regionalização significa a oferta, de certo modo, centralizada, de tecnologia associada à maior complexidade, de acordo com critérios elaborados conforme as respectivas necessidades. Assim, os recursos são utilizados com efetividade e, dessa forma, possibilitam a garantia do acesso universal dos serviços e da sua utilização.

Percebe-se, com base neste estudo, que um dos maiores desafios, no momento, para os gestores, em relação ao Pacto pela Saúde, consiste no desenvolvimento e no aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão que auxiliem na construção e inovação do modelo de atenção e assistência à saúde.

Reportando-se aos desafios e dificuldades identificadas nas publicações, evidencia-se que estas se relacionam a diversos aspectos, dentre eles os recursos humanos, questão-chave para a política da saúde, na qual aos gestores está reservado um papel significativo. Nesse sentido, nos serviços de saúde em que há vínculos precários entre os trabalhadores, ocorrem dificuldades para a formação de uma equipe que trabalhe unida e atenda os pacientes com qualidade, priorizando a resolução de seus próprios problemas. Dessa forma, é necessário garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando sua valorização profissional, de modo a fortalecer as relações de trabalho e promover a implementação de uma política de qualidade para os trabalhadores.

Outro aspecto identificado refere-se às dificuldades na gestão hospitalar encontradas pelos pequenos municípios, o que representa uma grande dificuldade aos gestores, dada a baixa resolutividade desses nosocômios, que não têm demanda para atender nem recursos financeiros para sustentá-los. Nesse contexto, implantar estratégias para melhorar o gerenciamento desses hospitais constitui, verdadeiramente, grandes dificuldades e desafios a um só tempo.

O SUS propõe-se a efetivar o que estabelece a Constituição Federal de 1988, "a saúde como um direito de todos", o que coloca para os gestores a responsabilidade de garantir atenção à saúde da população. Isso quer dizer que, além de administrar bem as instituições e os equipamentos, devem prover e saber gerenciar adequadamente os recursos financeiros, em princípio sempre escassos, para o bom funcionamento do sistema. Todavia, cabe destacar que o avanço do SUS também depende de recursos financeiros regulares e crescentes.

Dessa forma, a análise do material estudado permite verificar que são vários os desafios e dificuldades para os gestores, pois, além de garantirem a saúde da população, também necessitam gerir e buscar novas opções para a solução das demandas apresentadas pelos serviços e pela população, efetivando, para isso, muitas vezes, a contratação de serviços que não possuem em seu município. A regionalização se insere nesse contexto como uma alternativa no processo de constante negociação e pactuação para a construção de um sistema mais resolutivo.

Nessa perspectiva, os Consórcios Intermunicipais de Saúde vêm sendo uma estratégia de regionalização implementada por alguns municípios para garantir o atendimento às necessidades da população. Portanto, promover a defesa do interesse público regulando e fiscalizando as operadoras do setor, bem como as relações e o atendimento prestado aos usuários, também constitui ação que compete aos gestores.

Outra questão importante centra-se no fortalecimento do controle social, pois a participação da comunidade no processo de gestão aponta as necessidades de cada área de abrangência. Diante de uma participação e avaliação comunitária mais ativa, pode-se construir uma política capaz de subsidiar e fortalecer o processo de gestão, promovendo a construção de maior consciência populacional sobre o sistema de saúde. No planejamento dos serviços de saúde, a gestão assumida na forma de construção coletiva abre possibilidades de organizar os serviços de acordo com as verdadeiras necessidades dos usuários.

Cabe essencialmente a cada município o desafio de assumir a gestão do sistema, realizar o planejamento das ações, estabelecer a adequação entre a oferta dos serviços de acordo com as respectivas demandas identificadas na população, além de atuar na formulação de estratégias que viabilizem a implementação das novas diretrizes para a construção de um sistema fortalecido e com resultados positivos. Para tanto, o conhecimento dos possíveis desafios e dificuldades encontrados pelos gestores, descritos neste texto, pode servir de subsídio para a reflexão sobre o processo de regionalização, o que poderá, de alguma forma, ajudar os atuais gestores, contribuindo para que estes e os que no futuro os sucederem possam aprimorar os modos de gerenciamento do SUS, além de desenvolver novas capacidades diante das responsabilidades previstas, que, cada vez mais, impõem desafios e necessidades de qualificação.

Conclui-se, por fim, que questões envolvendo o processo de implementação do sistema de saúde necessitam de constante investigação e reflexão, em razão da complexidade da temática e da contribuição que os estudos podem propiciar aos gestores e aos profissionais que atuam nas diferentes esferas da atenção à saúde. As constatações neste estudo evidenciam a relevância de conhecer e avaliar as estratégias adotadas nos diferentes contextos, bem como que estas podem servir de referências indicativas de caminhos a serem seguidos para a implementação do processo de regionalização e gestão da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. Departamento de Apoio à Descentralização/ Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
3. Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2004. 80p.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS; 2007.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.
8. Kopf AW. Estratégia de Saúde da Família: revisão de aspectos normativos e análise de seu impacto em alguns indicadores de serviços de saúde na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde – SES/RS [monografia]. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI; 2006.
9. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Jr L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade SM, Dalari AS, Cordoni Jr L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: Editora UEL/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
10. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 197-206.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: CONASS; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.
13. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o Pacto pela Saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 11(3):181-7.
14. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):417-37.
15. Schneider A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. Physis. 2001; 11(2):51-66.
16. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad Saúde Pública. 2006; 22(10):2207-17.

17. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):451-555.
18. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(supl.):153-62.
19. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39.

DISPOSITIVO INTRAVASCULAR PERIFÉRICO CURTO MAIS SEGURO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS VESICANTES: O QUE A LITERATURA DIZ

A SAFER SHORT PERIPHERAL INTRAVASCULAR DEVICE FOR INFUSION OF VESICANT ANTINEOPLASTIC CHEMOTHERAPY: WHAT THE LITERATURE SAYS.

DISPOSITIVO INTRAVASCULAR PERIFÉRICO CORTO MÁS SEGURO PARA INFUSION DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS VESICANTES. QUÉ DICE LA LITERATURA

Cláudia Denísia de Brito¹
Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima²

RESUMO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre a indicação do dispositivo intravenoso periférico curto que ofereça maior segurança ao paciente em tratamento quimioterápico. O objetivo é a prevenção da ocorrência de extravasamento, principalmente, de drogas antineoplásticas vesicantes. O extravasamento poderá tornar-se mais um agravante ao paciente oncológico que, geralmente já se encontra rodeado por efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Foi observado que não há consenso entre os autores quanto a indicação do dispositivo mais seguro para tal finalidade e conclui-se que vários fatores devem ser considerados para sua escolha.

Palavras-chave: Dispositivo Intravenoso Periférico; Extravasamento; Antineoplásticos Vesicantes.

ABSTRACT

This is a systematic literature review about the indication of the short peripheral intravenous device that offers greater safety to patients undergoing chemotherapy. The objective is the prevention of extravasation, especially of vesicant antineoplastic drugs. The extravasation may become more problematic in cancer patients which, usually, have already been through the treatment side effects. It was observed that there is no consensus among authors on which is the safer catheter for the purpose. In conclusion several factors should be taken into consideration when selecting the appropriate device.

Keywords: Intravascular Device; Vesicant Antineoplastic; Extravasation.

RESUMEN

Se trata de una revisión sistemática de la literatura sobre la indicación del dispositivo intravenoso periférico corto que ofrece más seguridad a los pacientes sometidos a quimioterapia. El objetivo es prevenir la extravasación, especialmente de los fármacos antineoplásticos vesicantes. La extravasación puede ser más problemática en los pacientes con cáncer que, por lo general, ya sufren los efectos secundarios del tratamiento. Se observó que no hay consenso entre los autores sobre la indicación del dispositivo más seguro para este propósito y la conclusión es que deben considerarse varios factores antes de elegirlo.

Palabras clave: Dispositivo Intravascular; Antineoplásticos Vesicantes; Extravasación

¹ Enfermeira do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Assistência de Enfermagem ao Portador de Lesão Cutânea e Enfermagem Hospitalar, área oncologia.

² Orientadora. PhD. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG). Endereço para correspondência – Avenida Professor Alfredo Balena, 110, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP: 34099 300. Tel. (31) 3409 9398. E-mail: claudiadenisia@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro que trabalha com administração de quimioterápicos enfrenta várias preocupações relacionadas com a segurança de seu paciente. Uma das maiores é a questão técnica de extravasamento das drogas antineoplásticas vesicantes. Os danos de tal extravasamento levam ao sofrimento do paciente e sua família, além de ser oneroso. Causam lesões bastante dolorosas e podem resultar em perda funcional do membro. Este trabalho foi realizado para oferecer subsídios aos profissionais de enfermagem a fim de que discutam e justifiquem com segurança a escolha de dispositivos adequados à infusão de quimioterápicos em seus pacientes.

A quimioterapia antineoplástica é o emprego de agentes citotóxicos isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos.¹ Dentre as quatro modalidades – cirurgia, radioterapia, bioterapia, a quimioterapia –, é uma das mais importantes maneiras de combate ao câncer, pois atua em nível sistêmico, permitindo o tratamento precoce de micrometástases.²

As drogas antineoplásticas atacam indiscriminadamente as células de rápida divisão, cancerosas ou normais, produzindo os indesejáveis e temíveis efeitos colaterais. Além das complicações causadas pela toxicidade sistêmica, ainda aquelas decorrentes da administração das drogas.^{3,4}

Dentre as várias vias de administração das drogas antineoplásticas, está a via endovenosa, a mais usada para a administração das drogas antineoplásticas e considerada uma das mais seguras no que se refere ao nível sérico da droga e sua absorção.² No entanto, requer cuidados especiais, principalmente quando se admistram quimioterápicos vesicantes, denominação dada a um agente capaz de produzir grave destruição tecidual quando extravasado.⁵

A quimioterapia intravenosa pode ser realizada por meio de acessos venosos periféricos ou centrais. As veias periféricas podem ser puncionadas com dispositivos curtos (agulhados ou sobre agulha) e servem, também, como via de acesso às veias centrais por meio do PICC (cateter venoso central de implantação periférica).

O acesso vascular em pacientes que recebem quimioterapia é um sério problema enfrentado pelos enfermeiros oncologistas. Existem múltiplas complicações relacionadas à administração endovenosa dos antineoplásticos, dentre elas o extravasamento de drogas vesicantes.⁴

No cotidiano do Ambulatório de Quimioterapia (serviço público) em que atuo como enfermeira, cerca de 90% dos pacientes são submetidos a venopunções com dispositivos intravenosos periféricos curtos (*scalp* ou *jelco*). A punção venosa com qualquer um dos dispositivos mencionados oferece risco de desposicionamento, podendo ocorrer o extravasamento de quimioterápicos antineoplásticos, situação preocupante quando se trata de drogas vesicantes.

Uma pequena porcentagem de pacientes atendidos nesse serviço é portadora de cateter central de longa permanência destinados à terapêutica. Por se tratar de dispositivos mais onerosos (principalmente o *port-a-cath*), os cateteres venosos de longa permanência ainda não são facilmente disponibilizados para a clientela que depende do SUS, ainda que possuam acesso venoso precário, apesar da segurança oferecida por esses dispositivos aos pacientes em tratamento com drogas antineoplásticas ou outras, ou mesmo para coleta de sangue.

O objetivo com esta revisão sistemática da literatura foi buscar evidências sobre a indicação do dispositivo intravenoso periférico curto mais seguro para a infusão de quimioterápicos antineoplásticos vesicantes, ou seja, aquele que ofereça menor risco de desposicionamento e, conseqüentemente, que minimize a possibilidade de ocorrência de extravasamento.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática, por ser uma metodologia que possibilita obter informações de diversos autores sobre o assunto.

A coleta de dados foi realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), no Medline interface BVS, usando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), além de livros. O levantamento bibliográfico abrangeu artigos nacionais e internacionais sobre oncologia e enfermagem oncológica. O período de busca compreendeu os meses de agosto de 2006 a novembro de 2007. Dentre os artigos encontrados, foram selecionados aqueles que abordavam questões que atendiam ao objetivo deste estudo.

No Lilacs foram realizadas pesquisas com os descritores “Antineoplásticos/cateterismo venoso central” e “Antineoplásticos/cateterismo periférico”. Foram encontradas seis referências e, destas, selecionadas quatro. Foram utilizados, também, os descritores “Antineoplásticos/administração e dosagem” e encontrados 111 artigos, dentre os quais somente 1 foi selecionado. Com os descritores “Cateterismo periférico/complicações” ou “Cateterismo periférico/classificação” ou “Cateterismo periférico/enfermagem” foram encontrados 11 artigos sendo que somente 1 foi selecionado.

Na pesquisa no Medline interface BVS com os descritores “Cateterismo periférico/complicações” ou “cateterismo periférico/classificação” ou “Cateterismo periférico/enfermagem” foram encontradas quatro referências, das quais duas foram selecionadas para o estudo.

Via endovenosa como via de escolha

A via endovenosa é a mais comum para a administração da terapêutica oncológica.² O sistema circulatório tem duas subdivisões principais: a pulmonar e a sistêmica. A circulação sistêmica, particularmente as veias periféricas, é usada na terapia intravenosa. Aproximadamente 75% do volume total de sangue está contido nas veias.⁶

A punção venosa requer a transposição das três camadas de tecido que formam sua parede: as túnicas adventícias, média e íntima.⁶ É um procedimento que se caracteriza pela inserção de um dispositivo no interior da veia, podendo ou não ser fixado na pele, e que requer cuidados e controle periódicos, em caso de sua permanência.⁷

Várias veias podem ser utilizadas para a infusão de quimioterápicos. As veias periféricas mais adequadas para a punção devem oferecer melhor proteção às articulações, tendões e nervos, causando menor dano funcional e anatômico caso ocorra extravasamento. Recomenda-se a punção venosa na seguinte ordem de preferência: antebráço, dorso da mão, punho e fossa antecubital.²

O acesso venoso periférico é considerado inadequado quando repetidas punções se sucedem, não somente para a administração de drogas quimioterápicas, como também para outros procedimentos, tornando as veias esclerosadas e o procedimento doloroso, difícil e, muitas vezes, malsucedido. A utilização de veias periféricas inadequadas pode aumentar o risco de extravasamento de drogas, sendo algumas delas altamente vesicantes.^{8,9}

Dispositivos intravenosos

Os cateteres venosos de longa permanência são utilizados nas grandes veias centrais para a administração de líquidos parenterais, derivados de sangue e medicamentos, bem como para a obtenção de amostras de sangue. A princípio, foram indicados para alimentação parenteral, mas se expandiram para a quimioterapia do câncer e para o suporte de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de fígado.¹⁰

Os cateteres intravenosos periféricos são amplamente utilizados, por serem a opção menos onerosa, rápida e comum de acesso vascular, mas requerem enfermagem

capacitada, principalmente quando utilizados em pacientes oncológicos.^{2,11}

Vários tipos de cateteres periféricos são oferecidos no mercado, mas para este estudo foram abordados apenas os periféricos curtos agulhados e cateteres sobre agulha. Os cateteres periféricos curtos são constituídos por agulha de metal (*scalp*) ou agulha de plástico (*jelco*).

De acordo com Phillips,⁶ as vantagens e desvantagens dos dispositivos de infusão periférica estão apresentadas no QUADRO 1.

Complicações dermatológicas do tratamento quimioterápico antineoplásico endovenoso

Dentre as complicações dermatológicas do tratamento quimioterápico, destacamos o extravasamento, por estar correlacionado aos dispositivos intravenosos periféricos.² Extravasamento é o escape de drogas do vaso sanguíneo para o tecido circunjacentes; é a infiltração de medicação vesicante.⁶

O extravasamento acidental ocorre em cerca de 6% dos pacientes. As consequências variam de um leve eritema e desconforto até uma dor severa, necrose de tecido, ulceração de pele e invasão de estruturas profundas, tais como tendões, nervos e vasos sanguíneos. É preciso suspeitar de extravasamento quando o paciente se queixar dor durante a infusão, mesmo que não haja evidência visual.¹²

Existem quimioterápicos antineoplásicos irritantes e/ou vesicantes e os não irritantes/vesicantes. Os quimioterápicos vesicantes são aqueles que provocam irritação severa, com formação de vesículas e destruição tecidual quando extravasados. Os quimioterápicos irritantes provocam reação cutânea menos intensa, dor e queimação, sem necrose tecidual ou formação de vesículas. As reações cutâneas mais graves devem-se ao

QUADRO 1 – Vantagens e desvantagens dos dispositivos de infusão periférica

| CATETER AGULHADO (SCALP) | |
|--|---|
| <p>Vantagens</p> <ul style="list-style-type: none"> – Excelente para dose única de medicação IV, coleta de sangue, em pacientes alérgicos a náilon ou teflon. – As asas permitem fácil inserção e fixação segura. – A extensão permite fácil troca do equipo. | <p>Desvantagens</p> <ul style="list-style-type: none"> – As agulhas aumentam o risco de infiltração. – Não recomendável o uso em áreas de articulação. – Agulha não flexível. – Possibilidade de repunção com agulha contaminada. |
| CATETER SOBRE AGULHA (conhecido como jelco) | |
| <p>Vantagens</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fácil inserção. – Permanece por mais tempo. – A ponta do cateter fixada previne o reencape. – Característica radiopaca faz com que a detecção nos raios-X seja fácil. – Infiltração é rara. – Estável, permite maior mobilidade do paciente | <p>Desvantagens</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dependendo da conexão, algumas vezes é difícil fixar com uma fita. – Estilete longo não flexível que aumenta o risco de perfuração acidental; marcas por pressão pela conexão. – Alguns cateteres apresentam difícil punção de pele. – Aumento do risco de flebite. |

Fonte: Phillips, 2001.

extravasamento de drogas vesicantes, principalmente aquelas que se fixam nos ácidos nucleicos do DNA tecidual, sendo considerado uma emergência oncológica.^{2,13} Quando a droga vesicante escapa da veia, o paciente pode relatar uma sensação de queimadura no local, vermelhidão ou inchaço.⁶

A gravidade da lesão tecidual está relacionada ao potencial vesicante do quimioterápico, à sua concentração, à quantidade extravasada, à duração da exposição no tecido, ao local da punção, ao dispositivo venoso e à técnica de inserção da agulha e respostas teciduais individuais.¹ Dependendo do local da punção venosa, a droga vesicante extravasada poderá acometer tendões, nervos e até mesmo vasos importantes. Quando esse extravasamento ocorre em articulações e em maior quantidade, pode levar à perda funcional do membro.¹⁴

Segundo Bonassa,² os sinais e sintomas de extravasamento são:

- a) redução ou parada do fluxo de soro;
- b) queixas do paciente (dor, queimação, “agulhada”);
- c) edema e/ou eritema;
- d) diminuição ou parada do retorno venoso.

O manuseio das lesões decorrentes do extravasamento de drogas vesicantes não é fácil, pois os pacientes são imunodeprimidos não apenas pela doença, mas também pelo tratamento.

Recomendações de uso dos cateteres periféricos na administração de quimioterápicos vesicantes

Fonseca¹⁵ recomenda a punção venosa com *scalp* como medida de prevenção de extravasamento de quimioterápicos. Não indica a utilização de jelco, que retarda a percepção de pequenos extravasamentos.

Segundo Bonassa, o *scalp* é apropriado para infusões de curta duração e o jelco, para aplicações mais longas (acima de seis horas). Os dispositivos não metálicos (jelcos), embora sejam mais resistentes ao risco de desposicionamento decorrente da movimentação do membro punccionado, podem retardar a percepção de pequenos extravasamentos.

O extravasamento é um fato considerado grave quando se trata de drogas vesicantes. A referida autora cita que o Centers for Disease Control's (CDC) – órgão americano que estabelece normas para prevenção de infecções relacionadas ao uso de cateteres vasculares – recomenda que se evite a aplicação de drogas vesicantes por meio de dispositivos com agulha metálica. Afirma que uma das normas para a prevenção do extravasamento de antineoplástico vesicante é a sua não aplicação em infusão contínua prolongada (mais de 30 minutos) pela veia periférica punccionada com *scalp* ou jelco, sendo, nesse caso, indicada a cateterização venosa central.

Skeel¹⁶ relata que quando as drogas vesicantes forem infundidas continuamente (por 24-96 horas), há necessidade de um acesso venoso central, sendo

inapropriada a terapia por veias periféricas. Para infusões mais rápidas, o *scalp* é frequentemente utilizado e o jelco, para infusões mais demoradas.

Jensen, citado por Philips,⁶ indica o *scalp* para terapia de curta duração (tempo de infusão menor que 24 horas), como terapia de dose única e administração IV em *bolus*. A ponta de aço inoxidável do *scalp* pode, facilmente, perfurar a veia, aumentando, assim, o risco de infiltração, daí não ser recomendável para uso em áreas de flexão. O jelco é um dispositivo que permanece por mais tempo no vaso sanguíneo e a infiltração é rara.

Rosenthal⁵ afirma que, frequentemente, os *scalps* são utilizados por causa da facilidade de manipulação e do mínimo de lesão traumática que se inflige às veias diminutas e frágeis. Indica o uso de jelcos para a infusão de quimioterápicos, pois assegurará ao doente maior mobilidade durante o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura é pobre na discussão deste tema, contudo a maioria dos autores indica o uso do jelco para as infusões mais demoradas de quimioterápicos vesicantes, porém com o tempo menor do que 24 horas, e o *scalp*, para terapia de curta duração. Recomendam o uso do cateter venoso central para as infusões prolongadas (acima de 24 horas) dos quimioterápicos antineoplásticos vesicantes. Há divergência de opiniões entre alguns autores em relação à indicação do uso do *scalp* e do jelco, pois para uns o *scalp* oferece maior risco de desposicionamento e para outros o jelco pode retardar a percepção de pequenos extravasamentos.

Pela literatura, não se pode afirmar que existe um dispositivo intravenoso periférico curto (*scalp* ou jelco) que seja mais seguro do que o outro para a infusão de drogas vesicantes, pois há autores que indicam o *scalp* e outros que defendem o uso do jelco.

Para a administração segura dos antineoplásticos, principalmente os vesicantes, alguns fatores devem ser considerados pela equipe de enfermagem:

- a) escolha do membro sem restrições e de uma veia preferencialmente calibrosa;
- b) dispositivo periférico compatível com a veia selecionada (localização e calibre);
- c) tempo de infusão;
- d) protocolo quimioterápico adotado;
- e) idade e peculiaridade de cada cliente.

Considerando-se as variáveis descritas acima, somente após a investigação prolongada do índice de extravasamento de antineoplásticos associado ao dispositivo venoso é que poderá ser possível concluir qual cateter periférico é o mais apropriado para a administração de quimioterápicos vesicantes.

A realização de estudos randomizados sobre a utilização de dispositivos intravenosos periféricos curtos para a

administração de quimioterápicos são indubitavelmente relevantes, pois os resultados encontrados poderão contribuir para mudanças de atitudes que beneficiarão

o cliente, prevenindo complicações relacionadas à prática de venopunção periférica no tratamento de quimioterapia antineoplásica.

REFERÊNCIAS

1. Otto SE. Oncologia. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002
2. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneus; 2005.
3. Hayes DF. Atlas of Breast Câncer. London: Mosby Europe Limited; 1995.
4. Freytes CO. Indications an complications of intravenous devices for chemotherapy. *Current Opinion in oncology*. 2000; 12(4):303-7.
5. Rosenthal S, Carignan JR, Smith BD. Oncologia pediátrica– cuidados com o paciente. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
6. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
7. Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(3):299-304.
8. Lopes A. Cateterismo venoso central com sistema totalmente implantável (porta- a- cath) como meio auxiliar no tratamento do câncer. *Acta Oncol Bras*. 1988; 8(3):105-12.
9. Lopes RAM. Atuação da enfermagem na utilização do cateter venoso totalmente implantável (CVTI). *Rev Bras Enferm*. 1993; 46(2):132-5.
10. Moreira RCR, Batista JC, Abrão E. Complicações dos cateteres venosos centrais de longa permanência: análise de 500 implantes consecutivos. *Rev Col Bras Cirur*. 1998; 25(6):403-8.
11. Pereira RCC, Zanetti ML, Ribeiro KP. Motivos de interrupção da terapia endovenosa relacionada ao tempo de permanência do dispositivo venoso periférico in situ. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002; 23(1):70-83.
12. Bonaventura A. Complications of cytotoxic therapy – part 1. *Australian Prescriber*. 1995; 18:65-7.
13. Brunner LS, Suddarth DS. Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
14. Lopes A. cateterismo venoso central como meio auxiliar no tratamento do câncer. *Acta Oncol Bras*. 1986; 6(3):118-24.
15. Fonseca SM, Machado RCL, Paiva DRS, *et al*. Manual de quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editore; 2000.
16. Skeel RT. Manual de quimioterapia. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL BRASILEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH SERVICES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Nathália dos Santos Silva¹
Juliana Macedo Melo²
Elizabeth Esperidião³

RESUMO

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Mental, vigente desde 2001, visa atender os portadores de transtornos mentais, priorizando e estimulando a criação de rede de serviços de atenção à saúde mental substitutivos ao hospital, articulada com a atenção básica em saúde. Nesse contexto, a necessidade de um processo de avaliação tornou-se fundamental na perspectiva de superar modelos tradicionais de atenção à saúde mental e implementar ações de controle e participação da sociedade civil, na tentativa de garantir a qualidade da assistência, além de alcançar as metas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. O objetivo com este trabalho foi identificar, nas publicações brasileiras, os diferentes objetos de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, por meio da revisão integrativa da literatura, na Biblioteca Virtual de Saúde. Os resultados mostram a alta prevalência de estudos realizados nas regiões Sudeste e Sul e maior número referente a 2008 e 2009. A maioria dos artigos analisados enfoca o processo de trabalho e da assistência oferecida nos serviços de saúde mental. Nas avaliações, relatam-se questões referentes à inadequação de área física, grande demanda de usuários, falta de recursos humanos, materiais e financeiros e a necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na área. Concluiu-se que a institucionalização da avaliação é emergente e que faltam investimentos em processos avaliativos dos serviços de assistência em saúde mental pelos pesquisadores brasileiros.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Saúde Mental; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the current National Mental Health Policy, in effect since 2001, aims at caring for patients with mental disorders prioritizing and stimulating the creation of a network of mental health care that, combined with primary health care, replaces the hospital. In this context, the need for an evaluation process is essential to change traditional mental health care models and implement control measures and participation of civil society to ensure the quality of care and to achieve the goals of the Brazilian Psychiatric Reform. The present study aims at identifying the different evaluation objects of the Brazilian mental health service, through an integrative literature review of Brazilian publications in the Virtual Health Library. The results showed the high number of studies carried out between 2008 and 2009 prevalently in the southern and southeast regions. Most reviewed articles focused on the work and care processes in mental health services. The evaluations highlighted issues regarding the inadequacy of the facilities, the great demand, and the lack of human, material and financial resources, as well as the need for education and training of specialists in the area. The study concluded that the institutionalization of the evaluation is emerging and that investment in the evaluation processes of mental health care is scarce.

Key words: Health Evaluation; Mental Health; Health Services.

RESUMEN

En Brasil, la Política Nacional de Salud Mental actual, en vigor desde 2001, tiene como objetivo atender enfermos mentales, dándole prioridad y estimulando la creación de una red de atención de salud que, combinada con la atención primaria, sustituya el hospital. En este contexto, es sumamente importante el proceso de evaluación ya que, al alterar los modelos tradicionales de atención de salud mental y poner en práctica medidas de control y participación de la sociedad civil, se garantiza la calidad de la atención y logren los objetivos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El presente estudio ha buscado identificar los objetos de evaluación de los servicios de salud mental en Brasil a través de una revisión integradora de la literatura de publicaciones de la Biblioteca Virtual de Salud. Los resultados muestran alta prevalencia de estudios realizados en 2008 y 2009 en las regiones sur y sureste del país. La mayoría de los artículos se centra en el proceso de trabajo y ofrece asistencia en servicios de salud mental. Las evaluaciones realzan aspectos relativos a la falta de adecuación del espacio físico, falta de recursos humanos, materiales y financieros y la necesidad de educar y capacitar profesionales para trabajar en el área. Se concluye que se vislumbra la institucionalización de la evaluación y que las inversiones en tales procesos de evaluación son escasas.

Palabras clave: Evaluación en Salud; Salud Mental; Servicios de Salud.

¹ Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

² Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FEN/UFG). Enfermeira do CAPSad, Anápolis/GO. Docente de Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Anápolis/GO.

³ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta FEN/UFG.

Endereço para correspondência – Rua 3 nº 921 ap. 1400 Setor Oeste CEP 74115-050 - Goiânia-GO -Brasil. E-mail: betesper@fen.ufg.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde mental como

o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. Portanto, Saúde Mental é mais do que ausência de doença mental.¹

A expressão “saúde mental”, de acordo com Montanari, é utilizada para designar o conjunto de planejamento e ações voltadas para atuar junto aos portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares. Nessa concepção, a expressão compreende o tratamento especializado, o fornecimento de medicamentos específicos, o treinamento de pessoal, a estruturação de formas alternativas ao manicômio.²

Os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 450 milhões de pessoas no mundo, submetendo-as a riscos de serem vítimas de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida, além de elevados custos econômicos e sociais.¹

No Brasil, a trajetória da assistência psiquiátrica está vinculada à internação dos pacientes em manicômios, num processo de exclusão e alienação.² No entanto, a assistência psiquiátrica brasileira vem passando, desde o final da década de 1960, por um movimento de reestruturação dos saberes e de suas práticas que culminaram, na década de 1970, na Reforma Psiquiátrica. Essa reforma contou com a participação de diversos setores da sociedade e objetivou questionar o modelo de assistência psiquiátrica vigente e propor estratégias para sua transformação.³

A Reforma Psiquiátrica pretende uma ampla mudança do atendimento em Saúde Mental ao garantir o acesso da população aos serviços e o respeito aos direitos e liberdade dos portadores de transtorno mental. Traz na sua essência a mudança do modelo de tratamento de isolamento para o convívio com a família e a comunidade.⁴

Nesse sentido, a OMS afirma que uma legislação se configura um instrumento importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações.¹ Interessante destacar que esse processo de reforma no Brasil, hoje, é amparado pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.⁵

No sentido de alcançar melhorias no atendimento na área é necessário seguir as recomendações da Reforma Psiquiátrica, que prevê a criação da rede substitutiva de atenção à saúde mental, requerendo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por equipamentos abertos, que permitem a superação

da lógica antimanicomial. A rede é constituída tanto pela atenção básica em saúde quanto pelos serviços especializados em saúde mental,⁴ com vista à integração dos portadores de transtornos mentais na sociedade e o exercício de sua cidadania.

A reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica acontece ao mesmo tempo em que uma rede de atenção aberta e inserida na comunidade se expande. A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar mediante a implementação dos serviços substitutivos, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência e por meio da inclusão de beneficiários no *Programa de Volta para Casa*.⁴

Segundo o Ministério da Saúde, um dos principais avanços na área tem sido o aumento regular e progressivo, nos últimos anos, especialmente a partir de 2002/2003, da cobertura assistencial em saúde mental. Os dados apresentados retratam o aumento dos serviços substitutivos, a franca superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, com a significativa redução de leitos psiquiátricos nos últimos anos, além da mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos. Ainda, os recursos financeiros da esfera federal passaram progressiva e significativamente das ações hospitalares para as ações extra-hospitalares.⁶

No Brasil, entretanto, não é possível identificar pesquisas que caracterizem os serviços de saúde mental de forma ampla em todas as regiões brasileiras.

Estudo da OMS ATLAS, em 2001, mostra de forma abrangente e sistemática a situação da assistência em Saúde Mental em todo o mundo. Os países que participaram do estudo, também, estão sofrendo de falta de informação sobre a Saúde Mental, visto que mais de 27% deles não têm um sistema de recolha e comunicação dos indicadores de Saúde Mental. Para muitos outros, o sistema de informação é extremamente limitado com relação à confiabilidade e alcance da real situação em que se encontram, dificultando o desenvolvimento de políticas de saúde mental. Outro agravante é que, em todo o mundo, inúmeros profissionais de saúde não têm acesso ao menos às informações mais básicas sobre como detectar e tratar transtornos mentais, comprometendo o tratamento de quem precisa para acompanhar o processo da sua execução e avaliar as alterações pretendidas.¹

Ante o exposto, surge a necessidade de avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde mental nos diversos países, considerando que a avaliação é um processo extremamente importante para a obtenção de informações que possibilitem entender e explicar determinadas situações sobre o serviço e da assistência em saúde. Tais informações são imprescindíveis ao possibilitar a tomada de decisões acertadas e resolutivas a fim de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e o nível de saúde dos usuários dos serviços de saúde mental.

No entanto, existem alguns impasses para avaliar serviços de saúde mental no Brasil, relacionados à falta de conformação da avaliação de programas e projetos como parte da administração pública; à ausência de um modelo teórico de avaliação que defina e preconize a forma de funcionamento dos programas e serviços públicos de saúde; e, ainda, à inexistência de indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar os programas serviços de saúde mental.⁷

Essas discussões vêm ao encontro da sugestão da OMS no que tange às considerações sobre os programas e serviços de saúde mental para que estes sejam avaliados e monitorados internacionalmente, na tentativa de alcançar a qualidade da assistência e garantir o tratamento que milhões de pessoas acometidas por transtornos mentais, em todo o mundo, merecem e necessitam.¹

Apesar da história recente dos modelos substitutivos dos serviços de saúde mental, a necessidade de um processo de avaliação tornou-se fundamental tanto para superar modelos tradicionais quanto para o controle e participação da sociedade civil.⁷

Em saúde, o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação dos serviços é Avedis Donabedian, que vem publicando uma série de importantes trabalhos para a literatura médica nos últimos vinte anos sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para ele, seriam três os enfoques possíveis para um processo de avaliação: estrutura, processos e resultados. Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos (número e qualificação), materiais (como instalações e equipamentos), financeiros e organizacional. Quando se trata de processo, objetiva-se analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes. Por fim, o resultado volta-se para o estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela.⁸

O Ministério da Saúde tem proposto avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). Também foi criado o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (AVALIAR CAPS), que tem como objetivos o levantamento de informação sobre esses serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores.⁴

Avaliar a assistência dos serviços de saúde mental torna-se relevante, pois contribuirá para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, dando-lhes condições mais humanizadas e eficazes de trabalho, visando à qualidade e eficiência da assistência. Contribuirá, também, para o desenvolvimento de novas pesquisas na área de saúde, visto que há um vazio

percebido na literatura específica do Brasil referente à avaliação dos serviços de saúde mental. Poderá proporcionar, ainda, maior adequação na assistência da saúde em enfermagem aos usuários desses serviços, tendo em vista o sujeito em seu contexto psicológico, social, cultural, familiar, espiritual, biológico e político.

Dessa forma, levando em consideração a legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001,⁵ tendo em conta, também, que a avaliação dos serviços de saúde é de competência e ferramenta para gestão pública e de enfermagem e, ainda, a existência de um único trabalho de revisão bibliográfica sobre avaliação em serviços de saúde mental realizada em 2001,⁷ o objetivo com este trabalho foi identificar nas publicações brasileiras os diferentes objetos de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, por meio da revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

Estudo de natureza bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura, que permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema, ou questão, de maneira sistemática e ordenada.⁹

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2010, utilizando os descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, assistência em saúde mental, avaliação em saúde e avaliação de serviços de saúde. Os periódicos incluídos no banco de dados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão para este estudo: indexados em base de dados, com publicação regular e periódica de circulação nacional. Optou-se por acessar a rede da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS),^{4*} na qual foram acessadas as bases de dados Lilacs, BDENF, Medline e Scielo.

Os critérios de seleção⁹ dos artigos foram: referirem-se a publicações de circulação nacional, período compreendido entre 2001, ano da publicação da legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e 2009. Idioma português, inglês ou espanhol, disponibilidade de resumos para identificação e artigos na íntegra, ou dispostos do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para a fase de análise propriamente dita.

Os artigos de circulação nacional que tratavam de estudos em serviços estrangeiros foram excluídos.

Os artigos foram selecionados após uma leitura prévia dos resumos, que era a primeira forma de inclusão. Assim, aqueles que indicavam em seu conteúdo o assunto "avaliação de serviços de saúde mental" eram compilados para uma leitura na íntegra, comprovando a presença (ou não) do assunto determinado. Dessa forma, foram identificados 18 artigos, e as informações extraídas de cada artigo foram organizadas por meio de um protocolo elaborado pelas autoras. Os artigos incluídos no estudo estão destacados no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo o assunto “avaliação de serviços de saúde mental”. Período 2001 a 2009 – Goiânia-GO

| Autores | Título do artigo | Objetivo | Periódico | Ano |
|--|--|---|----------------------------------|------------|
| Wetzel C, Kantorski LP. | Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica | Discutir a avaliação de serviços no campo da saúde mental, atrelando-a à proposta de reformulação do modelo assistencial, realizando um reflexão crítica. | Texto & Contexto Enfermagem | 2004 |
| Onocko-Campos RT, Furtado JP | Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde | Apresentar uma discussão preliminar sobre as ferramentas metodológicas para pesquisa qualitativa sobre a rede CAPS. | Cadernos de Saúde Pública | 2006 |
| Heckert U, Teixeira LS, Trindade AS | Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da região central de Juiz de Fora-MG | Avaliar o grau de satisfação dos usuários do CRRESAM, que atende à clientela da região central da cidade de Juiz de Fora (Estado de Minas Gerais, Brasil). | HU Revista | 2006 |
| Furtado JP | Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS | Identificar e discutir questões determinantes do descompasso entre clientela potencial e oferta das Residências Terapêuticas nos diferentes municípios do País. | Ciência & Saúde Coletiva | 2006 |
| Rebouças D, Abelha L, Legay LF | Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental | Analisar o nível de satisfação no emprego e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde mental e possíveis associações com variáveis sociodemográficas e funcionais. | Revista de Saúde Pública | 2007 |
| Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM | A saúde mental no Programa de Saúde da Família | Identificar a formação e as ações do enfermeiro em Saúde Mental (SM), no PSF. | Revista Brasileira de Enfermagem | 2007 |
| Furtado JP, Onocko-Campos, R | Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental | Apresentar considerações sobre pesquisa avaliativa qualitativa e participativa com base em investigação dessa natureza . | Cadernos de Saúde Pública | 2008 |
| Miranda L, Onocko-Campos, RT | Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial | Analisar como os usuários, familiares e trabalhadores de CAPS avaliam o trabalho da equipe e dos profissionais de referência nesses serviços. | Revista de Saúde Pública | 2008 |
| Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR | Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária | Identificar as condições da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família; descrever a dinâmica assistencial da equipe de saúde da família nas situações de sofrimento Mental e analisar as práticas de saúde dos trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família na abordagem aos portadores de transtornos mentais. | Cadernos de Saúde Pública | 2008 |

continua...

| Autores | Título do artigo | Objetivo | Periódico | Ano |
|--|--|--|--|------------|
| Nascimento AF, Galvanese TC | Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo-SP | Descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes CAPS. | Revista de Saúde Pública | 2009 |
| Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetze C | Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu | Avaliar a ambiência enquanto espaço de conforto e subjetividade de um CAPS II. | Revista de Escola de Enfermagem da USP | 2009 |
| Schmidt MB, Figueiredo AC | Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da dinâmica em saúde mental | Apontar eixos de avaliação a ser aplicados na análise e organização da clínica nos CAPS e propor os eixos de acesso, acolhimento e acompanhamento para a análise da assistência e para a qualificação dos serviços. | Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental | 2009 |
| Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A | Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental | Avaliar o processo de trabalho de um CAPS II de um município da região sul do Brasil, a partir dos pressupostos de Donabedian. | Cogitare Enfermagem | 2009 |
| Silva MT, Lancman S | Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental | Analisar a organização do trabalho em CAPS a partir da lógica da área de gestão de serviços. | Revista de Saúde Pública | 2009 |
| Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS | O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais | Conhecer o entendimento dos profissionais de um serviço substitutivo sobre o cuidado em saúde mental prestado neste espaço. | Ciência & Saúde Coletiva | 2009 |
| Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. | O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto | Avaliar o nível de satisfação e o impacto que este produz sobre a saúde e o bem-estar de profissionais lotados em serviços de saúde mental de uma área programática da cidade do Rio de Janeiro. | Cadernos de Saúde Pública | 2009 |
| Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. | Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental | Relatar o percurso teórico-metodológico da avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil, desenvolvida a partir da Avaliação de Quarta Geração. | Interface: Comunicação, Saúde, Educação | 2009 |
| Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L | Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento | Realizar a adaptação transcultural para o Brasil da escala canadense <i>Questionnaire of Perceived Change</i> , obtendo-se a Escala de Mudança Percebida (EMP), em duas versões: a dos pacientes e a dos familiares. | Jornal Brasileiro de Psiquiatria | 2009 |

Após a leitura das publicações, um banco de dados foi constituído, destacando as ideias principais. Procedeu-se à análise dos artigos a fim de caracterizá-los, seguida da análise crítica e discussão dos resultados encontrados em cada texto, permitindo a elaboração das considerações sobre o tema.

RESULTADOS

Dos resultados encontrados, verificou-se alta prevalência de pesquisas realizadas sobre avaliação dos serviços de saúde mental das regiões Sudeste e Sul do Brasil, correspondendo a 47,37% e 21,05%, respectivamente;

seguidas de 10,53% de artigos sobre avaliação dos serviços de saúde mental na Região Nordeste e 5,26% na Região Centro-Oeste. Não foram encontradas publicações sobre avaliação dos serviços de saúde mental na Região Norte. Por outro lado, foram encontrados três artigos que retratam a avaliação dos serviços em âmbito nacional, correspondendo a 15,79% dos artigos analisados.

Em relação ao ano das publicações dos artigos sobre a avaliação dos serviços de saúde mental, constatou-se maior número referente a 2008 e 2009, com 21,05% e 47,37% respectivamente, seguidos de 15,79% de artigos publicados em 2006, 10,53% em 2007 e uma única publicação em 2004 (5,26%). Quanto à natureza do estudo, 47,37% dos artigos analisados são pesquisas qualitativas e 42,10%, quantitativas.

Segundo a proposta de avaliação da qualidade dos serviços de Donabedian, 63,15% dos artigos analisados correspondem ao enfoque no processo dos serviços de saúde mental, destacando avaliação dos serviços prestados nos Programas de Saúde de Família (PSFs), nos CAPS e outros serviços substitutivos em saúde mental.

Os serviços pesquisados, em sua maioria, foram os CAPS, correspondendo a 63,15% dos artigos analisados. Foram observadas, também, pesquisas sobre a avaliação dos serviços em saúde mental nas residências terapêuticas (5,26%) e nos PSFs (10,53%).

No conteúdo das publicações, destacaram-se aspectos relacionados aos avanços nos princípios da Reforma Psiquiátrica e às necessidades para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, referentes à formação e/ou capacitação de profissionais para trabalhar na saúde mental, à adequação dos espaços físicos dos serviços, à participação efetiva de usuários e familiares na assistência e em processos avaliativos e de adequação e/ou construção de instrumentos que permitam avaliar os serviços de saúde mental brasileiros.

DISCUSSÃO

A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e o campo da atenção psicossocial na década de 1990 foi, gradativamente, delineando-se como um espaço repleto de diversidade de linhas e propostas teóricas e de objetivos.⁷ Entretanto, os serviços de saúde enfrentam problemas quanto à capacitação dos trabalhadores, às questões salariais, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento considerável da demanda em saúde mental e à diminuição dos gastos com internação psiquiátrica.¹⁰

Na análise dos artigos, observou-se que, apesar das dificuldades encontradas no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, é possível perceber mudanças na assistência em saúde mental, mesmo que de forma lenta. Essa realidade pode ser evidenciada pelo avanço na desinstitucionalização dos pacientes com sofrimento mental mediante a criação de serviços substitutivos pelo governo brasileiro. Este modo de atenção é centrado

no usuário, sendo este protagonista do tratamento, possibilitando sua liberdade durante o tratamento e sua reinserção social.⁴

Quando se analisa a realidade da área saúde mental é possível perceber dificuldades para concretizar as metas de desinstitucionalização propostas pelo novo modelo assistencial no Brasil. As dificuldades encontram-se na redução dessa proposta a um processo de desospitalização sem a real desconstrução do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos.¹¹

Como ocorre em outros aspectos da atenção à saúde, a tarefa de proteger e melhorar a saúde mental é complexa, envolve múltiplas decisões e diferenças sensíveis nos recursos financeiros e humanos disponíveis aos países influem no modo como as questões de saúde mental são tratadas. Com efeito, as necessidades manifestadas pelos usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental, além dos demais trabalhadores da saúde, dependem muito do contexto histórico-cultural da assistência, sendo que as expectativas das pessoas variam consideravelmente de país para país.¹²

Atualmente, vivencia-se, no Brasil, um período próspero em inovações e mudanças, dados alguns avanços conquistados na assistência psiquiátrica. Por outro lado, esse processo não pode ser refletido como simples modificações de estruturas físicas, mas, sim, como reelaboração de concepções, de dispositivos sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência.¹³

Dentre as dificuldades percebidas na reelaboração de concepções sobre a assistência em saúde mental, destaca-se a crescente necessidade de investimento em formação de recursos humanos especializados na área e em número suficiente para cada serviço de acordo com as necessidades e demanda de cada local, garantindo, assim, a qualidade do serviço prestado, a reabilitação do paciente e melhor satisfação dos diversos atores envolvidos com a saúde mental.^{1, 11, 14, 15}

No entanto, é possível perceber que há uma mudança de paradigma paulatina e que os profissionais já entendem o processo saúde-doença mental como um ato complexo que deve envolver empatia, conhecimento e sensibilidade por parte do cuidador, além da importância da inclusão dos familiares na terapêutica, descaracterizando algo fragmentado como até então está. Sobre esse aspecto, é possível apreender a articulação entre a equipe de saúde, usuário e familiares como central no cuidado em saúde mental, no sentido de corresponsabilização, podendo promover mudança na evolução do adoecimento.¹⁶

Nas publicações incluídas na revisão, foi possível identificar aspectos relacionados à estrutura dos serviços de saúde mental, como a diversidade relacionada à organização, funcionamento e instalações físicas, além de equipes heterogêneas e não padronização das atividades realizadas nos serviços. Pode-se realçar como fundamental a ampliação e a adequação da ambiência

e da estrutura física desses serviços, sendo componente importante no processo de trabalho e qualidade nos serviços oferecidos.^{14,16}

Outro ponto considerado e observado na análise dos artigos foi a necessidade de adequar o tratamento aos usuários além do espaço institucional, dada a inexistência de fluxos apropriados para o recebimento e o encaminhamento adequados dos usuários, dificultando ou inviabilizando o acompanhamento desses pacientes fora da instituição.

Os serviços e as estratégias de promoção da saúde mental e prevenção do transtorno psiquiátrico devem ser coordenados entre si e com outros serviços da rede de saúde, bem como com os serviços de segurança social, a educação, o emprego e a habitação. As ações para a saúde mental devem ser monitoradas e analisadas para que as decisões possam ser constantemente ajustadas, respondendo aos desafios que se apresentam.¹

Nos artigos apontou-se a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial na assistência à saúde mental, no processo e na formação das redes no cuidado aos usuários, uma vez que a integração dos diversos serviços que prestam atendimento em saúde mental contribuirá para maior adequação e responsabilização pelo atendimento, acompanhamento e resultados dos serviços prestados.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas, oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. Assim, destaca-se a existência de trabalhos que pretendem avaliar a assistência em saúde mental nas unidades básicas de saúde vinculadas ao SUS.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é extremamente importante para os cuidados em saúde mental no território e para os processos de reabilitação psicossocial, o que foi de igual forma enfocada por grande parte dos estudos que compõem esta investigação.

A OMS recomenda ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental e ressalta a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade.¹ No Brasil, a população pode acessar os cuidados primários de promoção, prevenção e tratamento à saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF).⁶

Nesse tocante, os CAPS são locais privilegiados para articular a relação entre a atenção básica e os serviços de saúde mental.⁶ No entanto, apenas a estruturação de CAPS para atender à saúde mental na perspectiva psicossocial não é suficiente, sendo necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede que responda às demandas da saúde mental em corresponsabilidade com a comunidade.¹⁷

Foi possível apreender que ainda existe uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas e a operacionalização de uma rede de cuidados, e o desenvolvimento de ações no espaço social mais amplo tem encontrado impasses.¹⁵

Há, portanto, supremacia do modelo biomédico na organização das ações em saúde mental nas unidades básicas de saúde, as quais não são direcionadas de acordo com o que preconiza a OMS, apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica.

Nos artigos selecionados, enfatiza-se que um dos principais limitantes das ações de saúde mental no PSF está no despreparo dos profissionais para lidar com questões referentes ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. Ainda, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família não possibilitam a identificação e a descrição da demanda, e o envolvimento com a área da saúde mental não é, portanto, sistemático e planejado. Dessa forma, a assistência é realizada de forma improvisada, e tudo é feito informalmente ao se estabelecer contato com a pessoa em sofrimento psíquico que se apresenta no serviço.¹⁷

Outras dificuldades apontadas nas publicações referem-se à tendência à medicalização dos sintomas e à dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contrarreferência de forma resolutiva e responsiva. Entretanto, é possível perceber que as necessidades de saúde mental já são visíveis para as equipes do PSF, mas ainda não se incorporam como objetos de suas práticas de saúde. Nas equipes de saúde da família, são priorizados os recursos tradicionais de tratamento da psiquiatria, como consulta especializada psiquiátrica ou psicológica e medicação, em detrimento da organização do trabalho para o atendimento em grupos ou desenvolvimento de estratégias de atenção ao usuário.

Nesse tocante, compreende-se que deve ser dado o enfoque das capacitações em saúde mental ao PSF e que profissionais especializados em saúde mental podem contribuir para aumentar a capacidade resolutiva das equipes, possibilitando, assim, a assistência em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. Dadas essas considerações, as noções de vínculo, corresponsabilização e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais nos serviços de atenção básica.¹⁵

A avaliação dos serviços é entendida como um instrumento potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental.^{16,18,19} Isso implica acompanhar a construção dos serviços para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam atendidos.

Entretanto, foi possível perceber a dificuldade de estabelecer indicadores e processos avaliativos sobre a assistência em saúde mental no Brasil, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa carência pode estar relacionada à baixa produção científica nessas regiões ou mesmo à pouca utilização ou falta de interesse dos serviços em avaliar a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Dada a importância de estabelecer processos avaliativos, é preciso considerar o desenvolvimento de redes ou grupos de pesquisa que desenvolvam processos

avaliativos da assistência nessas regiões, principalmente porque existem grandes diferenças locais, regionais e nacionais entre os diversos serviços da rede de assistência em saúde mental.

No entanto, a pesquisa é erroneamente considerada como uma atividade limitada a países com economias desenvolvidas, enquanto, muitas vezes, os países em desenvolvimento consideram como um luxo inacessível. Segundo a OMS, a cultura da pobreza tem contaminado a cultura de pesquisa.¹

Outra questão que emergiu dos artigos é a fundamental inclusão dos diferentes atores envolvidos com a saúde mental, usuários, familiares e profissionais do serviço, nos processos avaliativos. Destaque-se a importância da participação ativa dos usuários e seus familiares nos processos de avaliação desses serviços, visto que estes são os maiores beneficiados e estão diretamente envolvidos no processo de construção e aperfeiçoamento do modelo psicossocial.

A saúde mental é repleta de subjetividade e de relações intersubjetivas, dessa forma, no processo avaliativo conta-se com a participação das pessoas e são considerados seus consensos e dissensos, a história, os interesses, as percepções e o compromisso que os envolvidos têm com a proposta dos serviços.¹⁶ Assim, as diferenças são incorporadas em benefício da construção e do fortalecimento da assistência.^{18,19}

A inclusão da participação dos usuários e famílias possibilita minimizar eventuais prejuízos que a tomada de decisões unilaterais pode causar ao grupo de interesse. Ainda, as investigações podem ser mais significativas e reais aos diferentes grupos.¹⁸

A avaliação de serviços de saúde mental deve ser, portanto, uma atividade contínua que identifique aspectos da assistência aos pacientes e promova a melhoria do tratamento oferecido e a qualidade dos serviços.¹ Vale ressaltar que o ponto de partida para quaisquer intervenções em saúde é o real conhecimento e o diagnóstico amplo e preciso em que se encontram os serviços e a assistência do SUS.

Além da recomendação de que a avaliação deve ser integrativa, incluindo a participação dos três agentes envolvidos nos serviços, o uso concomitante de medidas objetivas e subjetivas também deve ser considerado, pois as medidas subjetivas estão mais relacionadas com a utilização dos serviços. Sobre isso, os autores destacaram a importância da utilização de pesquisas qualitativas, pois estas consideram a complexidade do objeto.¹⁹

Essa revisão permitiu perceber certa inquietação por parte dos pesquisadores em criar e adequar instrumentos que possibilitem avaliação da assistência e dos serviços de saúde mental. A utilização de instrumentos de medida que tenham sido submetidos aos procedimentos de adaptação e validação permite aumentar a validade e a confiabilidade dos dados e a comparabilidade dos resultados obtidos por pesquisas realizadas em diferentes serviços e contextos, e, conseqüentemente, o acúmulo de conhecimento na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, nas publicações brasileiras incluídas neste estudo, que a necessidade da institucionalização da avaliação é emergente e faltam investimentos em processos avaliativos dos serviços de assistência em saúde mental pelos pesquisadores brasileiros.

Os centros de atenção psicossocial, os programas de saúde de família, prontos-socorros e residências terapêuticas foram objetos de avaliação.

Foi possível perceber avanços nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira como a desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos e de legislação específica. No entanto, ainda se identificam formas mecanicistas de reprodução do cuidado.

Na avaliação dos serviços, de acordo com os artigos incluídos neste estudo, são relatadas questões referentes à inadequação de área física, à grande demanda de usuários e à falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Sobre isso, destacou-se não somente a urgente necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na saúde mental com responsabilização, mas também a importância da formação de redes no cuidado e da realização do trabalho interdisciplinar.

Metodologicamente, vale enfatizar a importância de utilizar corretamente o Dicionário de Descritores (DeCS), oferecido pela Biblioteca Virtual em Saúde, uma vez que esse procedimento viabiliza a busca sistematizada dos artigos em revisões de literatura. No entanto, esse procedimento ainda limita a quantidade de artigos relacionados aos descritores, e esta pode ter sido uma limitação do estudo.

À medida que os novos artigos forem publicados obedecendo aos critérios do DeCS, essa ferramenta se tornará cada vez mais um referencial importante para a pesquisa científica. Dessa maneira, destaque-se a necessidade de os pesquisadores utilizarem o DeCS como critério na escolha dos unitermos que caracterizam sua produção científica.

Nesse contexto, foi possível, por meio desta revisão, identificar a necessidade de direcionar a pesquisa para a caracterização e a avaliação dos serviços brasileiros de saúde mental com vista a atender às necessidades dos profissionais, usuários e familiares, principalmente nas regiões brasileiras Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Assim, é preciso considerar a criação de redes ou grupos de pesquisa em saúde mental que estabeleçam parcerias entre os pesquisadores para o desenvolvimento de processos avaliativos da assistência nessas regiões, além de fortalecer os demais.

Dessa forma, amplia-se a possibilidade de atender às demandas da Política Nacional de Saúde Mental e de atingir a excelência do atendimento nos serviços em todo o País, desde que as pesquisas sejam suporte para a promoção da inclusão dos usuários e seus familiares, de educação permanente ou da formação acadêmica dos profissionais envolvidos e adequação dos serviços.

Vale destacar que para qualificar a assistência à saúde mental é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas à realidade prática.

A avaliação é um processo que permite entender e explicar determinadas situações sobre o serviço e a

assistência, além de auxiliar a tomada de decisões por parte da administração pública. Assim, é fundamental a participação dos usuários, familiares e profissionais tanto na formulação como na avaliação de políticas e serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Genebra: World Health Organization; 2001.
2. Montanari AJ. Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases – MG. *Revista Mental*. 2005; 3(4):81-112.
3. Amarante P, Torres E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58):26-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS; 2010.
5. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate*. 2001; 25(58):35-47.
8. Donabedian A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*. 1988 Spring; 25(1):173-92.
9. Mendes KDS, Pereira SRCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
10. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*. 2006; 4(6): 69-82.
11. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):195-204.
12. OMS. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: WHO; 2005.
13. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(4):591-5.
14. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl.1):8-15.
15. Souza DPS, Takao SM, Paulo AP, Silva GPO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl.1):1483-92.
16. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):159-64.
17. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9):2033-42.
18. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes fatores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11):2671-80.
19. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(2):107-14.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E O EMPODERAMENTO DA ENFERMAGEM

INTEGRATIVE PRACTICES AND NURSING EMPOWERMENT

PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort¹

Consuelo Helena Aires de Freitas²

Maria Salete Bessa Jorge³

Maria Veraci Oliveira Queiroz⁴

Clayre Anne de Araújo Aguiar⁵

RESUMO

Estudo teórico-reflexivo, construído com base na leitura crítica da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS) e na necessidade de discutir a formação do enfermeiro nessa perspectiva. O objetivo foi analisar a possibilidade do empoderamento da enfermagem à proposta de inserção das práticas integralizantes no ato de cuidar em enfermagem. Realizou-se uma pesquisa exploratória e sistemática em livros e documentos em formato eletrônico, com a utilização dos descritores em ciências da saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados 28 trabalhos relevantes, disponibilizados na íntegra e publicados nos últimos dez anos. As pesquisas demonstraram que o desconhecimento dos enfermeiros em relação à legislação e a falta de capacitação específica são limitações para a atuação profissional nessa área. Dessa forma, será preciso, ainda, incluir na graduação disciplinas teórico-práticas de terapias alternativas, e, quando egressos, os enfermeiros devem procurar pós-graduações na área.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Terapias Alternativas; Cuidado Centrado no Paciente; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

Theoretical and reflective study based on a critical reading of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (in Portuguese, PNPIC) in the Brazilian Unified Health System (in Portuguese, SUS) and on the need for discussing nursing education in this perspective. The objective was to analyze the possibility of nursing empowerment and the proposal of inserting integrative practices in nursing care. An exploratory and systematic research in books and documents in electronic format was carried out, using descriptors in health sciences, at the Virtual Health Library (BVS). Twenty-eight relevant and unabridged studies published in the last ten years were used. The studies demonstrated nurses were unfamiliar with the legislation and lacked specific training and that such limitations hinder professional performance in the area. The inclusion in undergraduate courses of theoretical and practical courses on alternative therapies is necessary. Graduate nurses should seek postgraduate training in the area.

Keywords: Complementary Therapies; Alternative Therapies; Patient-Centered Care; Nursing Research.

RESUMEN

Investigación teórica reflexiva construida en base a una lectura crítica de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) en el Sistema Único de Salud (SUS) y de la necesidad de discutir la formación del enfermero desde esta perspectiva. Su objetivo fue analizar la posibilidad de empoderamiento de enfermería a la propuesta de inserción de prácticas integrativas en el cuidado de los enfermeros. Se realizó una investigación sistemática exploratoria en libros y documentos en formato electrónico con palabras clave en ciencias de la salud de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se consideraron 28 trabajos relevantes, disponibles en su integridad y publicados en los últimos diez años. La investigación demuestra que la falta de conocimiento de la legislación y de formación específica de los enfermeros son limitaciones para la práctica profesional en esta área. Por lo tanto, en los cursos de grado deberían incluirse asignaturas teórico - prácticas de terapias alternativas y, al egresar, los enfermeros deberían cursar un postgrado.

Palabras clave: Terapias Complementarias; Terapias Alternativas; Atención centrada en el Paciente; Investigación en Enfermería.

¹ Mestre em Cuidados Clínicos do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS). Professora substituta da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil. E-mail: vivipspf@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente do CMACCLIS, da UECE, Brasil. E-mail: consueloaires@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva com Associação de IES da UECE /Universidade Federal do Ceará (UFCE), Brasil. Docente do CMACCLIS. E-mail: masabejo@uece.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do CMACCLIS da UECE, Brasil. E-mail: veracioq@hotmail.com.

⁵ Especialista em Enfermagem Clínica. Professora substituta da UECE. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Pacoti-CE, Brasil. E-mail: clayreanne@hotmail.com. Endereço para correspondência. Rua dos Coelho nº 135 Bairro: Maraponga, Fortaleza-CE Brasil. CEP: 60710705. E-mail: vivipspf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Há, atualmente, um crescimento exponencial do uso de medicinas alternativas e complementares (MAC), principalmente, em países ocidentais desenvolvidos. A literatura corrente indica que, também em países em desenvolvimento e pobres, a medicina não convencional permanece como um elemento significativo no tratamento.¹ Assim, é necessário o resgate dos principais marcos histórico na saúde que consolidaram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sua relação e implicação na formação e atuação do enfermeiro como instrumento de capacitação e maior alcance da resolutividade das ações em saúde e da cidadania do usuário do serviço público de saúde.

O impacto da publicação da PNPIC alcança, dentre outros, os campos econômico, técnico e sociopolítico, pois promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e na ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica.²

Essa política é entendida pelos gestores como uma das formas de garantir a universalização da assistência em saúde, mediante a garantia de escolha pelo usuário do seu tratamento. Nos últimos vinte anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por extremas transformações em sua constituição política, jurídica e organizacional, com expressiva expansão da assistência médica oferecida à população. O baixo custo no tratamento e a pouca efetividade da medicina convencional têm sido citados como os principais motivos da progressiva inserção das práticas alternativas nos serviços públicos de saúde, sendo a homeopatia a prática terapêutica que mais se destacou nos últimos dez anos.³

Dado o aumento crescente da utilização de medicinas alternativas e complementares, há necessidade de que os profissionais de saúde estejam aptos a informar e atender os pacientes, reconhecer efeitos colaterais, interações medicamentosas e praticar as medicinas complementares isoladas ou associadas às medicinas convencionais com segurança.⁴ Nesse sentido, a popularidade e o interesse pelas práticas alternativas e complementares vêm aumentando, à medida que se verifica a incorporação crescente dos sistemas terapêuticos alternativos nos serviços públicos de saúde. Portanto, sugerem-se estudos e investigações que auxiliem a analisar a relação entre formação e prática do enfermeiro.

A relação entre essas terapias e a enfermagem tem atraído crescente interesse no campo da saúde no mundo. Alguns pesquisadores têm examinado esse tópico explorando os contextos social, cultural, econômico e político, além das afinidades específicas entre essas terapias e a enfermagem.⁵ Contudo, a maior parte desse trabalho tem sido realizada no Reino Unido, na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos.⁶

Considerando a atual formação do enfermeiro, percebe-se que ainda existe uma lacuna com relação às novas maneiras, centradas no sujeito, de proporcionar saúde e prestar cuidados, conhecendo a cultura e valorizando

os saberes. Prevalece a construção do conhecimento científico, nightingaliano, fragmentado e desarticulado com essas práticas integrativas de saúde. Nessa vertente acrescenta-se que “a forma excessivamente técnica de conhecer e cuidar traduz a ausência de um compromisso mais coletivo com a desconstrução de práticas opressivas no setor saúde”.^{7:721} É imprescindível investir no exercício crítico-reflexivo para modificar práticas, mitos e conservadorismos, por meio do conhecimento inovador e da participação coletiva, politizando a prática profissional e efetivando seu empoderamento nos espaços em que se insere.

Coadunando essa forma de pensar a prática da enfermagem, percebe-se que pesquisas são necessárias para incrementar essas iniciativas e, também, para explorar mais profundamente a relação entre as terapias alternativas e complementares e a prática da enfermagem.⁶

Diante desse contexto, o objetivo com este trabalho foi analisar a possibilidade do empoderamento da enfermagem na PNPIC e no SUS, quanto à inserção das práticas integralizantes no ato de cuidar em enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, construído com base na leitura crítica da PNPIC, no SUS e em estudos científicos mais atuais, que referenciam as práticas alternativas e complementares em saúde e enfermagem. Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, tendo em vista a interpretação e a análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico realizado.⁸

A elaboração deste artigo seguiu os pressupostos da revisão de literatura, cujo processo consiste em uma forma de sistematizar informações sobre questões específicas em um robusto corpo de conhecimento, com o intuito de avaliar e sumarizar as informações encontradas.⁹ O percurso metodológico incluiu, primeiramente, o levantamento bibliográfico, por meio do qual se realizou uma pesquisa exploratória e sistemática de documentos em formato eletrônico presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline).

Foram utilizadas, também, outras fontes de informação, como livros, manuais, teses e dissertações, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: “terapias alternativas”, “terapias complementares” e “empoderamento da enfermagem”, nas línguas portuguesa e inglesa. Essa busca aconteceu em maio de 2011, quando foram encontrados 188 trabalhos, conforme descrição no QUADRO 1:

QUADRO 1 – Trabalhos encontrados nas bases de dados, disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde e outras fontes primárias – Fortaleza-CE, 2011

| BASE DE DADOS | TERAPIAS ALTERNATIVAS/ COMPLEMENTARES | EMPODERAMENTO DA ENFERMAGEM | PALAVRAS-CHAVE TRABALHOS ENCONTRADOS |
|---------------|--|--------------------------------|---|
| SCIELO | 61 | 00 | 60 |
| LILACS | 29 | 06 | 35 |
| MEDLINE | 0 | 76 | 76 |
| MINIST. SAÚDE | 04 | — | 04 |
| OPAS | 02 | — | 02 |
| OUTRAS FONTES | 07 | 03 | 10 |
| TOTAL | 103 | 85 | 188 |

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Ministério da Saúde, 2011.

A segunda etapa consistiu na seleção dos trabalhos, cujos estudos foram avaliados por meio dos critérios de inclusão preestabelecidos: acessibilidade dos trabalhos escolhidos na íntegra, relevância temática, publicação nos últimos dez anos (artigos, dissertações e teses) e equivalência ao objetivo do estudo. Assim, esta reflexão teórica se consolidou com a leitura minuciosa de 28 publicações. A terceira etapa pautou-se pela construção de fichamento, no qual foram extraídos os resultados mais significativos; a quarta etapa foi a estruturação preliminar, síntese das principais informações; a quinta foi a estruturação lógica do estudo; na sexta, realizou-se a revisão, leitura cuidadosa da constituição do estudo; e, por último, foram construídas as categorias, nas quais foram apontadas as principais contribuições do estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Contexto histórico no resgate das práticas alternativas

Sabe-se que as terapias alternativas e complementares são milenares, no entanto perderam a consistência com o desenvolvimento do capitalismo, quando houve a valorização do conhecimento científico positivista, que exigia uma prática cada vez mais especializada, centrada no hospital e na manipulação de equipamentos tecnológicos. Dessa maneira, a formação dos profissionais da saúde enfatizava a assistência curativa em detrimento das práticas alternativas, da cultura, e dos saberes populares.¹

A *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, reunida em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978, expressou, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) a urgência de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial de promover a saúde de todos os povos. Nessa carta, foi abordado que os cuidados básicos em saúde devem ser operacionalizados com métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, e, ainda, que esses cuidados devem ser

acessíveis ao indivíduo, familiares e comunidade, que devem assumir uma participação ativa tanto no sistema de saúde quanto no desenvolvimento social e econômico da comunidade.¹⁰

Considerando as crescentes expectativas por uma nova saúde pública, nas discussões da Carta de Ottawa, realizada no Canadá em 1986, focalizou-se, principalmente, a promoção da saúde como o cerne da qualidade de vida da população. Visava, assim, reforçar as ações populares, por meio da capacitação e da participação da comunidade, para que esta fosse capaz de realizar ações em saúde, identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente onde vivem.¹¹

Foi nesse momento de repercussão internacional sobre a promoção da saúde, bem como de pós-ditadura e abertura democrática, que no Brasil aconteceu a 8ª *Conferência Nacional de Saúde*, em 1986, também conhecida como a “Pré-Constituinte da Saúde”, por conduzir e subsidiar os percursos que originariam o SUS e a Constituição de 1988. Vale ressaltar que essa conferência foi o resultado do movimento sanitário que denunciava o fracasso do sistema vigente e as péssimas condições de vida da população. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. As propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.¹²

Contudo, o Brasil continuava enfrentando graves problemas socioeconômicos e uma situação crítica e fragilizada no âmbito da saúde, o que causava descontentamento da sociedade em relação ao modelo assistencial oferecido pelo SUS. Diante dessa inquietação, em 2003 foi realizada a 12ª *Conferência Nacional de Saúde*, com o propósito de reafirmar o direito à saúde pública e de qualidade para toda a população. Nesse sentido, pretendeu-se adotar um modelo centrado na saúde, nas capacidades da natureza e da ciência, e não na doença e nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico.¹³

Desde 1999, as consultas de homeopatia e acupuntura são oferecidas pelo SUS, mas o elevado avanço ocorreu com a 12ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi discutida oficialmente a necessidade da implementação das práticas alternativas e complementares em saúde nos serviços do SUS, tais como fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia.¹³ Considerou-se o direito do cidadão de ter opções terapêuticas, bem como o acesso a informações sobre sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica.

O intuito é oferecer outras opções terapêuticas para melhor atender à população, que incorporassem os princípios da cultura e saberes locais, facilitando e garantindo acesso e atendimento humanizado, integralizante e contínuo. O Ministério da Saúde publicou, em 2006, a PNPIC, que atende à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados e, ainda, sugere que o desenvolvimento dessas práticas seja em caráter multiprofissional e em consonância com o nível de atenção. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a efetiva corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo, assim, para a ampliação do exercício da cidadania.¹⁴

Ao analisar esse percurso histórico, verifica-se que a estratégia em busca de ações mais integralizantes são cogitadas há décadas, mas sua efetiva operacionalização ainda não aconteceu, ou seja, não está sendo construída de forma ampla, profunda e permanente, uma vez que há casos isolados, superficiais e pontuais, sem vínculo com a comunidade. Portanto, a PNPIC é mais uma situação que requer mudanças profundas do sistema de saúde, e para não se perder no tempo é preciso buscar parcerias intersetoriais com a comunidade, capacitar profissionais nessa área e divulgar amplamente essa modalidade de promoção à saúde.

Diferentes formas de cuidar centrando a atenção no usuário

Considerando a afirmação de que “as terapias alternativas diferenciam-se muito do modelo de atenção hegemônico, na medida em que se contrapõem completamente à especialização, tecnicização e padronização”,¹⁵⁻¹ surgiram alguns questionamentos: Por que essa dicotomia? Existem diversas formas de cuidar? Quem será melhor? Na tentativa de encontrar respostas para essas indagações ou simplesmente compreender suas origens, explana-se o propósito das práticas alternativas e complementares como modelos integralizantes das ações em saúde.

Observa-se que as diversas formas terapêuticas alternativas percebem a doença como um distúrbio no equilíbrio energético do paciente, que antecede e determina as manifestações mecânicas em nível orgânico. Tal perspectiva exige uma aproximação que inclua dimensões socioculturais e emocionais, em um

envolvimento direto do paciente na promoção da cura. Trata-se de uma postura completamente diferente da adotada pela medicina alopática, que percebe a doença, principalmente, como resultante de um agente agressor externo.¹⁶

Embora seja inegável o progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, genericamente denominada de “biomedicina”, contraditoriamente, nota-se o crescimento exponencial do uso de práticas terapêuticas não biomédicas. Se, por um lado, a biomedicina tem seu paradigma pautado no modelo biomecânico, positivista e representacionista, por outro, as medicinas alternativas e complementares (MAC) ampliam esse modelo, oferecendo novas perspectivas para a doença e para o indivíduo: reposição do sujeito doente como centro do cuidado médico; a relação médico-paciente como fundamental para a terapêutica; a busca de meios terapêuticos simples como alternativa às práticas dependentes de tecnologias caras; a construção da autonomia do paciente como princípio; e a busca da saúde, e não mais a doença como centro do processo de cuidado e cura.¹⁷

A crise vivenciada pelas práticas médicas tradicionais desvela uma lacuna em relação à integralidade da assistência prestada. Nas últimas décadas, a população buscou novas terapêuticas para o restabelecimento da saúde, assim como a prevenção e o bem-estar físico e mental. Algumas hipóteses interpretativas são levantadas para explicar a grande profusão de novas terapias e sistemas terapêuticos na sociedade contemporânea, dentre as quais a existência de uma dupla crise – sanitária e médica –, que afeta as relações tradicionais existentes entre cultura e medicina, cuja ciência das patologias é a base da racionalidade médica ocidental, excluindo outros saberes.¹⁸ Corroborando essa afirmação, verifica-se que as práticas terapêuticas alternativas, complementares ou não convencionais são faces da vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população.¹⁹

Tais terapêuticas estão sendo reivindicadas pela população e têm-se destacado amplamente, ao iniciar mudanças em hábitos de vida e estimular a participação ativa da pessoa diante da doença. Um dos principais fatores de transformação dessas medicinas é a inversão do paradigma de doença para o de saúde, buscando preservar a saúde, e não somente combater a doença.²⁰ Além disso, buscam a continuidade do processo de implementação do SUS, cooperam com o fortalecimento de seus princípios fundamentais e ainda favorece a autonomia do indivíduo no cuidado com a própria saúde.

Outro ponto que deve ser considerado é cogitar como o SUS pode legitimar, absorver, lidar ou incorporar essas práticas não hegemônicas, mas reconhecidas pela sociedade civil como terapêuticas importantes para atender às suas necessidades.¹⁵

Verifica-se que será preciso estabelecer parcerias com os gestores, com os setores envolvidos com a comunidade (como a escola), com a comunidade e o usuário, a fim de viabilizar a operacionalização dessa estratégia.

Então, é possível relacionar a integralidade às diversas terapêuticas? A integração das práticas alternativas e complementares nos sistemas tradicionais de saúde tem sido tema de constantes debates, o que pode ser percebido nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), como a “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, que preconiza: políticas de integração entre a medicina tradicional e a medicina alternativa em nível nacional; segurança, eficácia e qualidade dessas práticas, oferecendo orientação a respeito da legislação; acesso às práticas, aumentando a disponibilidade e a acessibilidade, principalmente, da população mais pobre; e uso racional por profissionais e consumidores.²¹

Qualquer que seja o ponto de vista a respeito das medicinas alternativas, estas não podem ser ignoradas, sem que de alguma maneira se possa “experimentar” a contribuição dessas práticas e, ao mesmo tempo, resgatar a empatia, o tempo dedicado ao paciente e o uso racional das tecnologias, pois se tenderia a uma única medicina, sem necessidade de optar por apenas uma.²² É possível pensar nesse encontro progressivo entre as diversas formas de cuidar, e para isso é necessário discutir de que forma os enfermeiros e os outros profissionais da saúde poderão incorporar as práticas não convencionais de saúde às suas atividades com os pacientes e suas comunidades.

Terapias alternativas e complementares: como a enfermagem pode desenvolver seu *empowerment* diante dessa proposta?

A enfermagem vivencia um conflito de base ao tentar desenvolver práticas diferenciadas, construir novas teorias sobre o corpo e maneiras de cuidar. No entanto, permanece mergulhada no “corpo do hospital”, com quase nenhuma flexibilidade na forma de pensar e de agir. Daí surge o grande questionamento: Até onde a enfermagem conseguirá realizar algo diferente dos padrões estabelecidos, uma vez que a clínica ainda é que define as ações de cuidado e de intervenção?²³

Com a expansão das terapias alternativas e complementares (TACs), surge a necessidade de discutir a formação do enfermeiro, uma vez que é preciso despertar a maneira “dormente” de cuidar, inserindo conteúdos e capacitações nessa área até então absorvidos parcialmente pelos profissionais de saúde. É notória a relação que existe entre as terapias e a enfermagem, e isso tem atraído crescente interesse no campo da saúde mundial.

Estudo realizado em 2002, com 96 graduandos de enfermagem, evidenciou que 93,73% conhecem as TACs, contudo esse conhecimento não foi adquirido durante a graduação, mas, principalmente, por meio do senso popular, e que, embora a maioria (86,46%) recomende seu uso, sobretudo por acreditar na sua eficácia, apenas cerca de um terço as utiliza.²⁴

Embora o conhecimento teórico forneça subsídios para a elaboração do conceito de integralidade entre

os estudantes, contudo, algumas dúvidas poderiam ser dissipadas na prática profissional, com a inserção do estudante no contexto das atividades que estimulem a exploração de conteúdos com base em situações-problema. É impossível pensar em saúde sem pensar em educação no sentido mais amplo do conhecimento, em sua epistemologia, ou seja, na construção de suas implicações.²⁵

Dessa forma, observa-se a necessidade de inserir disciplinas teórico-práticas sobre terapias alternativas e complementares ainda na graduação, a fim de estimular o interesse dos estudantes por novas áreas de atuação como essa, que está em expansão e permite um cuidado diferenciado, capaz de identificar outras necessidades de saúde do usuário, além de reforçar os princípios SUS.

Considerando essa aproximação entre a enfermagem e as práticas terapêuticas, é fundamental que o enfermeiro assuma a condição de apropriação de algumas práticas alternativas legalmente instituídas e cientificamente aprovadas, como a acupuntura. Para que isso aconteça, é preciso desenvolver seu *empowerment*, processo que promove o poder, isto é, a capacidade de executar, de decidir, nos povos em geral, para o uso na própria vida, nas comunidades e em sociedade, atuando nas situações definidas como importante.²⁶

Nessa perspectiva, o enfermeiro possui o respaldo legal do Ministério da Saúde, quando em premissa afirma que o desenvolvimento da medicina tradicional chinesa-acupuntura é de caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS e em consonância com o nível de atenção.¹⁵ Está, também, amparado pela Resolução Cofen nº 197/97, que estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, desde que este conclua e tenha sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênera, com uma carga horária mínima de 360 horas.²⁷

Por conseguinte, torna-se fundamental ampliar os horizontes conceituais dos benefícios da técnica da acupuntura, com expansão da terapêutica para o enfermeiro nas universidades e instituições de saúde, públicas e privadas, para que se torne uma prática multiprofissional, compartilhada, ética, em benefício da população brasileira.²⁸

A enfermagem deve inserir-se nesse novo espaço e participar da formação nessa área. A população tem utilizado muito as terapias alternativas e complementares para recuperação da sua saúde e, cada vez mais, tem buscado outros terapeutas que não são profissionais da saúde. Os enfermeiros mostram-se interessados nas TACs e ainda, acreditam que estas podem auxiliar na melhoria da saúde, porém o desconhecimento da legislação e a falta de capacitação teórico-prática os limitam para atuação nessa área.²⁹ A enfermagem é capaz de ampliar seu campo de atuação e assumir algumas práticas integrativas e complementares como componentes do cuidado.

No gerenciamento das práticas integrativas, faz-se necessária a participação dos enfermeiros na divulgação das possibilidades terapêuticas e preventivas aos usuários. Todavia, há que se estimular essa discussão como responsabilidade de todos os envolvidos: docentes, enfermeiros dos serviços e dos próprios graduandos, visto ser o cenário das práticas integrativas um novo aspecto do mercado de trabalho, na área da saúde, promissor e em expansão.³⁰

Ante a formação acadêmica, a atualização técnico-científica e a afinidade com as TACs, aliadas às questões éticas que norteiam a profissão, o enfermeiro estará preparado e respaldado para assumir efetivamente essa nova perspectiva de atuação profissional, com possibilidade de exercer suas ações de forma autônoma, tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica de saúde ou até mesmo em seu próprio consultório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o enfermeiro precisa conhecer essas práticas alternativas, confrontar com a estagnação das terapêuticas existentes e emancipar-se, de modo a ocupar esse espaço, transformando a assistência em um

cuidado mais amplo, humano e capaz de potencializar a autonomia do outro.

É mister analisar sobre as possibilidades de mudanças, benefícios e desafios inerentes a essa interação, que necessita ser experienciada tanto pelas práticas hegemônicas quanto pelas outras formas de cuidar que têm como núcleo o ser humano. Essas práticas devem se comunicar, permitindo a integração e a inter-relação entre os sistemas oficiais e alternativos de saúde. Na realidade, elas se complementam e, dessa forma, conseguirão aproximar-se do atendimento e do cuidado tão almejado pelo usuário, além de favorecer a criação de vínculos efetivos na relação profissional-usuário.

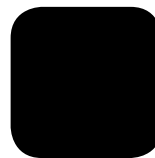
A enfermagem deve construir seu *empowerment* nessa nova perspectiva de integração e complementaridade entre o cuidado convencional e os cuidados alternativos. Para isso, percebe-se que será preciso, ainda, incluir na graduação disciplinas teórico-práticas de métodos alternativos, e, quando egressos, os enfermeiros devem buscar cursos de capacitação e/ou pós-graduação em TAC, além de orientações na Associação Brasileira de Terapias Naturais em Enfermagem (Abraten), para adquirir subsídios necessários para a prática e o desenvolvimento de pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS

1. Spadacio C. Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de Saúde Coletiva Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2008.
2. Barros NF. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 850.
3. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO; 2007.
4. Christensen MC. O ensino de medicinas alternativas e complementares em escolas médicas: revisão sistemática da literatura [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2008.
5. Adams J, Tovey P. Complementary and Alternative Medicine (CAM) and nursing: from advocacy to critical sociology. In: Tovey P, Easthope G, Adams J. *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine: studies in social context*. London: Routledge; 2003. p. 202-25.
6. Barros NF, Adams J. A pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares e enfermagem no Brasil. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(3): 453-4.
7. Pires MRGM. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 717-23.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: EDUC; 2006.
9. Lopes GT, organizador. *Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: normas da ABNT - Estilo Vancouver - Bioética*. Rio de Janeiro: UERJ/EPUB; 2006.
10. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Documentos que norteiam a Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [Citado em 2010 fev. 08]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>.
11. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Documentos que norteiam a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, Canadá, novembro de 1986. [Citado em 2010 fev. 08]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>.
12. Brasil Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). VIII Conferência Nacional de Saúde, Reformulação do SUS, Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [Citado em 2010 fev. 10]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS), 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sergio Arouca): saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos o SUS que queremos. Relatório Final, 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) - Entrevista: Madel Luz - Ditadura da doença e utopia da saúde: coexistência de modelos nas práticas sociais; 2003. [Citado em 2010 fev. 15]. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>.
16. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3): 1793-800.

17. Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber & ciências: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
18. Luz MT. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. *Physis*. 2005; 15(Supl): 145-76.
19. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo (SP)-Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-Abrasco; 2006.
20. Machado FRS, Pinheiro R, Guizard FL. *As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde*. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2006.
21. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Organización Mundial de la Salud: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra; 2002. [Citado em 2010 fev. 20]. Disponibles en: <<http://www.opas.org.br>>.
22. Wahren CG, Cunto CL. *Medicinas alternativas: un tema que no puede ser ignorado*. *Arch Argent Pediatr*. 2004; 102(2): 85-7.
23. Pires MRGM. *Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(5): 729-36.
24. Trovó MM, Silva MJP. *Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem*. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(1): 80-7.
25. Loch-Neckel G, Carmignan F, Crepaldi MA. *A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde*. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(1): 82-90.
26. Czuba CE. *Empowerment: what is it?* *Journal of Extension*. 1999; 37(5): 1-6.
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Resolução COFEN-197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem*. Brasília (DF); 1997. [Citado em 2010 fev. 19]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2010/materias.asp?ArticleID=7041§ionID=34>>.
28. Kurebayashi LFS, Oguisso T, Freitas GF. *Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal*. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2): 210-2.
29. Nuñez HMF, Ciosak SI. *Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 – Santo Amaro – São Paulo*. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(3): 11-8.
30. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. *Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas*. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(2): 261-7.





REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es):** nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo:** Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;

- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o “Journals Database” – Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/rem)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

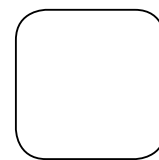
Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)



REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Diretor evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Diretor who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. **Authors:** full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. **Indication of paper category:** Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** and key-words; **Resumen** e palabras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at <<http://decs.bvs.br/>>).

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:

- Introduction;
- Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
- Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

Spanish: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <<http://www.ibict.br>>.

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspondence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/rem)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that received financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsibility Agreement and Copyright Transfer Agreement

and also a statement informing that there are no personal, commercial, academic, political or financial interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:

ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte

CEP: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104

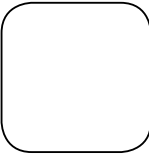
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)



REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais; Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

- a) protocolados, registrados en base de datos para control;
- b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;
- c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consultores de conformidad con el área.
- d) remitidos a dos revisores especialistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.
- e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Diretor Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Diretor Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa “Word for Windows”, versión 6.0 ó superior, letra “Times New Roman”, estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; **Autor(es):** nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; **Indicación de la categoría del artículo:** investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; **Resumen** y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME, disponible en: <<http://decs.bvs.br/>>.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;

- desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios);
- conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adotarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

En español: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm>>

En inglés: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con número arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del artículo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tología, disponible en: <<http://www.ibict.br>>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE, 3ª ed., 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un título e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/rem)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte

CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876

Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)



Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / Name / Nombre ou Instituição assinante: _____

Endereço / Address / Dirección: _____

Cidade / City / Ciudad: _____ País / Country / Pais: _____

UF / State / Provincia: _____ CEP / Zip Code / Código Postal: _____

Tel. / Phone / Tel.: _____ fax: _____ Celular / Cell Phone / Cellular: _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: _____

Data / Date / Fecha: ____/____/____

Assinatura / Signature / Firma: _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)

Send your subscription to:

Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / Branch Number / Sucursal Número: 1615-2

Conta / Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1

Código identificador / Identification code / Clave de identificación: 4828011

Valores Anuais:

Individual: R\$100,00 () US\$80,00 ()

Institucional: R\$150,00 () US\$100,00 ()

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REME – Revista Mineira de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte

Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100

Belo Horizonte - MG - Brasil

Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876

Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php

